

Aportaciones Teóricas a la Fase Oral. Proceso de Nacimiento del Feto Extrauterino y Maternaje.

**Maite Sánchez Pinuaga y Xavier Serrano Hortelano.
Capítulo IX del libro “Ecología infantil y maduración humana”
Publicaciones Orgón (Es.Te.R.) Valencia, 1997.**

Psicodinámicamente hablando, la fase sexual oral es la primera de la evolución libidinal, siendo el objeto sexual la madre, primero como objeto parcial (pecho) y luego como objeto total, estando el placer sexual ligado fundamentalmente a la boca y a los labios.

Tiene lugar a partir del parto y se mantiene hasta los nueve meses aproximadamente. Abraham la dividió en fase oral de succión y fase oral sádica. Durante este tiempo, lo que se ha reconocido como fundamental es la necesidad de contacto corporal-afectivo-epidérmico entre la madre y el recién nacido. Contacto que se produce durante un determinado tiempo en los mamíferos, según su mayor o menor rapidez de autonomía corporal. Sabemos, por Portman (1944) y por otros autores, que el feto humano al nacer es un ser inválido e inmaduro y que, hasta el año de vida, no se debería hablar de niño, sino de feto extrauterino u “Organismo Humano Extrauterino” (Serrano, 1989).

“Es bien sabido que, en el hombre, por la extraordinaria prematureidad de su nacimiento, este período de troquelado o de «urdimbre» tiene una importancia mucho mayor que en el resto de los animales. Hay en el momento de nacer tres inmadureces básicas: la de su sistema nervioso, la inmadurez inmunológica y la inmadurez enzimática”. (Carballo, 1972).

Junto a la alimentación y el cuidado físico adecuado para que produzca el proceso de maduración básico, es necesario el proceso de Maternaje, definido como vínculo afectivo por Bowlby, apego afectivo por Klaus y Kennell; preocupación maternal primaria por Winnicott; maternalidad por Racamier y urdimbre afectiva por Rof Carballo.

En este sentido, es importante remarcar que “el niño nace con un desarrollo de la corteza cerebral insuficiente. En él prevalece todavía el cerebro interno. Una vez en el mundo, la insuficiencia de la corteza cerebral es sustituida, suplida, por sus progenitores, principalmente la madre” (Carballo, 1952).

“Hace resaltar Portman la importancia de coincidencia de que la actitud bípeda, característica biológica del hombre, queda relegada al mismo período de la evolución del ser humano en el que se desarrolla su psiquismo... Este erguirse del hombre con los dos pies forma una estrechísima unidad con el desarrollo del resto del pallium cerebral (por ejemplo, con otras cualidades específicas del hombre: el lenguaje y el reconocimiento de objetos), pero porque todas ellas se insertan sobre una misma situación de fondo. La unidad biológica vegetativa del ser humano necesita para subsistir, ser atendida, cuidada por otro que al mismo tiempo lo protege y lo modela... transfiriéndole en parte su propia organización cerebral” (Carballo, 1952).

Este contacto es necesario mantenerlo de una manera continuada hasta meses después del parto. Fue Anna Freud la que afirmó que, con aparentemente breves períodos de tiempo de separación de la madre, en el bebé se puede ver una clara sintomatología de “desintegración del yo” y signos autistas. “La separación o pérdida de la madre determina en el niño una reacción en tres fases: la de protesta, tratando de recuperar a la madre con el llanto, gritos... la de desesperación y la de indiferencia, que se suele analizar como que el niño se ha acostumbrado a la ausencia materna. Pero lo que se produce es la renuncia, sin esperanzas, al vínculo biológico” (Carballo, 1972). Estas fases son similares a las descritas por Reich en los procesos de encogimiento biopáticos. Es este autor quien afirma que “para la biofísica del orgón, el período que va

desde la formación del embrión hasta el nacimiento y del nacimiento al primer año de vida, es el período crítico”. El nudo de esta «constitución» es el grado de orgonidad y de capacidad pulsatoria de los tejidos, que determina el grado de actividad pulsatoria del plasma. “Si en lugar de fijar la terminación del proceso de desarrollo fetal con el parto, lo establecemos alrededor de los 10 ó 12 meses de vida extrauterina, es decir, en el momento en que se reúnen todas las bifurcaciones -para constituir un biosistema unitario y coordinado- habremos abarcado el período crítico, decisivo para el futuro funcionamiento bioenergético, condicionando incluso el proceso de formación del psiquismo” (Reich, 1948, b).

Por esto, para Reich y los profesionales de la Orgonomía, los bebés silenciosos, “tranquilos”, semi-autistas, son indicativos de predisposición a la contracción y al retraimiento, de una postura básica de su biosistema de ir hacia dentro buscando el útero, en cuanto que, en la manifestación de sus necesidades, no se ven satisfechos y lo viven con angustia. “Es la manifestación patente del encogimiento biopático” (Reich, 1948), ya comenzado en la vida intrauterina. Siendo todo ello “producto de nuestra miseria social y educativa. Pues no hay miseria social que iguale a la miseria de los niños de padres biopáticos” (Reich, 1948).

Vemos, pues, una coincidencia importante entre diversos autores en el tipo de actuación a llevar con el recién nacido. La del calor, la protección, la impronta afectiva del conjunto familiar. Y, si bien es la madre el objeto directo, el padre, con su «estar», facilitando la permanencia de esta díada amorosa bebé-madre y el contacto con el bebé, favorece el proceso madurativo del recién nacido. Para que esto se lleve adelante hay que tener una dedicación casi absoluta con el bebé durante este primer período crítico; si es necesario usando el año de excedencia laboral legal permitido y reivindicando el sueldo total durante este período de tiempo. Pero muchas madres viven este hecho como una renuncia a su independencia, lo que es erróneo, pues, desde el momento en que el hijo es deseado, no debería haber mayor goce que dedicar un tiempo de la vida a sentir y vivir con el bebé su proceso progresivo de maduración e independencia. Porque es necesario para él y puede ser un placer para el círculo familiar si hay una aceptación de esta función. En muchos casos, el biosistema de la madre (o el del padre) no responde adecuadamente a esta demanda por la propia alteración caracteromuscular. Ahí empieza la alternativa específicamente reichiana: en la comprensión de este fenómeno desde una óptica energética y no sólo biológica o psíquica.

LA FASE BIOLÓGICA ORAL

“La fase biológica oral es una continuidad de la relación mantenida previamente al parto entre el Organismo humano intrauterino, la madre como su ecosistema y el ambiente de la madre” (Serrano, 1987). No son dos elementos separados, sino un continuo, por eso entendemos la fase oral como un período que comienza en la fase embrionaria. Es Gino Ferri quien describe la fase trofoumbilical -desde el séptimo día de fecundación hasta el parto- como “la fase biológica más determinante en la vida de un ser, expresión de una fundamental oralidad primaria que precede, tanto cualitativamente como cuantitativamente a la fase oral (biológica) del pezón... Es necesario redefinir la zona umbilical (diafragmática-abdominal o visceral) como la primera gran boca (Ferri, 1988). Serrano denominó, al período que incluye el proceso de relación intrauterino y las 3 primeras semanas de vida extrauterina, como fase oral primitiva; de la cuarta semana hasta el primer año de vida (todo el período biológico de Maternaje), como fase oral primaria y desde ese momento hasta la genitalidad infantil, como fase oral secundaria, a sabiendas de que la fase oral sádica, la etapa esquizoparanoide y depresiva de Klein, la etapa anal y la fase fálica, son fruto de una alteración producida durante la fase oral primitiva y primaria. Por tanto son desviaciones de lo biológico influido por lo cultural.

La alteración funcional del biosistema durante la fase oral primitiva (vida intrauterina y primeros días) afecta de manera determinante el sistema “epigenético” (Carballo, 1972) y al cerebro interno o visceral, con las consiguientes repercusiones en el sistema límbico, en correlación con el centro paleoencefálico o sistema hipotalámico hipofisario, responsable de desequilibrios posteriores y de la predisposición biopática o psicótica (Serrano, Navarro, Pinuaga, 1987). Esto condiciona la evolución libidinal posterior, cosa con la que Baker no está de acuerdo, confundiendo esquizofrenia con estructura borderline.

Así como en la vida intrauterina, los centros corporales relacionales del feto con su ecosistema son la “Gran boca” (o diafragma-cordón umbilical) y el oído, en la fase oral primaria son los ojos, la piel, la boca

y el olfato (los telorreceptores en general) los que tienen una función madurativa y potenciadora de las funciones neocorticales y la adquisición de un ritmo respiratorio, base del mantenimiento de una buena pulsación vital. Por ello Reich hablaba del período crítico biofísico. Porque durante este período se está favoreciendo el asentamiento de una buena “infraestructura” orgánica sobre la que se podrá establecer una superestructura “ilimitada” (capacidades específicas del animal humano: comprensión, vivencia del aquí y ahora, intelecto creatividad lúdica y finalista, sensación de órgano y cósmica...). O, de lo contrario, estamos favoreciendo el atrofiamiento de esa unificación de funciones y el potencial de vida, la tendencia a la contradicción vital y a la disfuncionalidad diencefálica, con los consiguientes trastornos neurohormonales y neurovegetativos y la compensación caracterial condicionante; concretamente las biopatías secundarias (Navarro, 1987) y el núcleo depresivo-psicótico, típico de la estructura de carácter borderline.

EL “ORGASMO ORAL” O CONTRACCIÓN BIOFÍSICA EN LA FASE ORAL PRIMARIA

Reich concreta esta tendencia a la contracción en la “angustia a la caída” (Reich, 1948), manifestación de retracción y de terror que tienen muchos bebés al poco de nacer, al ser movidos por el baño o balanceados durante el juego hacia el aire y que coincide con bebés que han tenido un mal contacto orgonótico, es decir, afectivo-energético, con su madre. La sensación de caída puramente biofísica se produce por una rápida retracción de la bioenergía al centro vegetativo. Es siempre la base de la angustia del orgasmo. La angustia a la caída no es, pues, una «formación psíquica», sino una simple expresión de la brusca hipoorgonía de los órganos que mantienen el equilibrio actuando a la inversa de la atracción de la gravedad.

“Que el miedo a caer y la hipoorgonía consiguiente sean desencadenados por una brusca angustia del orgasmo, por una caída real o por una contracción del terror, el mecanismo siempre será el mismo: la pérdida de motilidad periférica del plasma, acompañada de la pérdida del sentido del equilibrio y del equilibrio mismo, y por esta razón se siente como angustia a la caída” (Reich, 1948). Reich pone el ejemplo de un niño que, a partir de un buen contacto con su madre, con el consiguiente «orgasmo oral», vivió una distancia brusca, lo que condujo a una retirada de la energía biológica en razón de los esfuerzos del bebé por recuperar el contacto. Para establecerlo, en términos psicológicos, se encontraba resignado, y esa resignación biológica favoreció el miedo a caer.

En este texto de Reich, es donde por primera vez se analiza, con una lógica funcional, ciertos movimientos clónicos e involuntarios de la zona de la boca, cara y cuello, que algunos bebés manifiestan durante la lactancia con el pecho de la madre. Estos movimientos fueron definidos como Orgasmo Oral y algunos pediatras llegan a considerarlo como “ataques semi-ep

ilépticos del bebé” (Baker, 1969). Pero la razón es mucho más simple: “Si el pezón de la madre reacciona a la succión del lactante de una forma biofísicamente correcta con sensaciones de placer, se erecciona fuertemente y la excitación orgonótica del pezón se aunará con la de la boca del lactante, así como en el acto sexual orgásticamente satisfactorio los genitales del hombre y de la mujer experimentan una iluminación orgonótica y se funden el uno en el otro... Toda madre sana experimenta la succión del hijo como un placer y se entrega al mismo” (Reich, 1948). Pero sabemos que, por la propia estructura caracterial de la mujer y los límites sociales, esta vivencia placentera de la succión del bebé se vive minoritariamente y esto provoca una disminución de la carga energética en el pecho de la madre y, por tanto, una disfunción orgástica en el bebé. “El trastorno del funcionamiento plasmático de la boca y de las regiones del cuello y los hombros que encontramos en las biopatías, no deja lugar a dudas: los trastornos de la madre que acabamos de hacer referencia provocan graves daños en la orgonidad del lactante en la región de la cabeza y el cuello. Los trastornos del habla, la falta de expresión emocional, los espasmos de la musculatura cervical, los trastornos de la nutrición, los vómitos espasmódicos histéricos, el miedo a los besos, la depresión, el tartamudeo, el mutismo, etc. son consecuencia de un mal funcionamiento orgonótico de los órganos de la boca y el cuello”. (Reich, 1948).

Vemos por tanto, que, desde nuestra perspectiva, la relación de Maternaje, la primera relación del recién nacido con la madre y el medio ambiente, es decir, la fase oral primaria, tiene su eje central en la posibilidad de satisfacción orgástica del Organismo humano extrauterino. Y, para ello, es necesaria una capacidad

pulsatoria orgonótica suficiente en la madre, en conexión directa con su grado de satisfacción en las relaciones con su pareja y con su propia estructura de carácter, además de un espacio-tiempo favorable que permita vivir adecuadamente esta «relación sexual», surgida de la fusión placentera de su pezón y la boca del lactante. Por lo tanto, con la lactancia materna no sólo se favorece una buena base inmunitaria, o una nutrición enzimática más completa que con la lactancia artificial, sino que también se facilita la experiencia orgástica del bebé “es tanto más importante que el estado fisiológico o morfológico del seno, el estado de su carga energética y más que del seno, la carga bioeléctrica del pezón como elemento perturbador en la temprana y fundamental relación madre-hijo” (Tallaferro, 1976).

A este respecto describe Tallaferro “un hecho, también señalado por otros autores, que me causaba sorpresa y que sólo ahora puedo explicarme. Era lo que observaba en 1939, siendo practicante en el hospital de niños. Había lactantes que rechazaban el pezón materno y entre las medidas a tomar, una era la de analizar la leche de la madre (ahora comprendo que teníamos que haber analizado a toda la madre); estos análisis no mostraban, por lo general, características específicas, como lo señalaron Perin y Bertoye posteriormente. Pero observábamos que cuando se sacaba la leche del seno materno y se le daba al niño en cucharada o biberón, éste lo ingería en la mayoría de los casos sin manifestar las actitudes que tan bien ha descrito M. Ribble y otro tanto solía ocurrir cuando se le indicaba una nodriza... Otra observación que es muy significativa en relación con la importancia del factor carga bioenergética del pezón, es la señalada por M. Ribble. Dice esta investigación que pudo comprobar en todos los casos que los «magoletes», cuerpos eréctiles que se encuentran en el borde superior de las encías de los niños durante los primeros meses, nunca se veían ingurgitados cuando la alimentación se efectuaba con biberón; mientras que se podía observar esta «erección» en casi todos los niños que eran alimentados con pecho que aceptaban» (Tallaferro, 1976).

Ahora bien, con esto no intentamos hacer una apología a ultranza de la lactancia natural. Antes queremos que se amplíen el número de factores que influyen en la relación madre-hijo, concretamente durante la lactancia. Por ello, hacemos hincapié en la importancia de la cualidad de la relación. Así como en la relación sexual adulta lo fundamental- junto al ritmo biológico de necesidad sexual individual- es la cualidad de la relación que permite la satisfacción orgástica o la insatisfacción (que conlleva el estasis sexual), en la relación sexual madre-Organismo Humano Extrauterino, lo importante es la aceptación del placer en la relación oral con el bebé. Hay una diferencia fundamental entre la relación genital y la oral. En esta última, la madre puede excitarse incluso a nivel genital si se abandona a las sensaciones vegetativas en la succión de su seno por el bebé, pero no descarga orgásticamente. De ahí la importancia de la relación sexual con su partner, que le permitirá autorregularse energéticamente. De lo contrario podemos encontrarnos el caso definido por Spitz como “bebé hiperactivo o hipermotriz criado con la lactancia natural”. (Spitz, 1965) En este caso la madre, o tiene una hiperexcitación sexual, o un estado de ansia que se transmite hormonal y energéticamente al bebé y que produce una hipercarga excesiva en su biosistema. Si no se subsana esta última situación puede producirse en el bebé un bloqueo oral hiperorgonótico, contrario al bloqueo hipoorgonótico debido a la poca excitación de la madre y de sus senos. Es en estos casos donde, en ocasiones, será más conveniente dar al niño el biberón con cariño y afecto, en intimidad (como relación sexual que es), que no forzar, sin posibilidades, una relación perturbadora. Es por ello, también, que hay grandes diferencias en el desarrollo de la funcionalidad del bebé, no tanto por el hecho de que tomen biberón desde el principio o mamen del pecho materno, como por poder vivir una relación cálida y de entrega de la madre, sin horarios rígidos en sus mamadas y encuentros con el bebé, o, por el contrario, tener que mantener una relación de obligación, mecánica, fría y sin contacto de la madre que «le está dando el pecho al hijo leyendo un libro o viendo la televisión».

LA FUNCIONALIDAD DEL INSTINTO MATERNAL Y DEL “PATERNAGE”

Es evidente que esta relación oral con el bebé, que durante los tres meses se basa en su casi continuo deseo de contacto epidérmico -y no sólo oral- total con la madre, exige de ésta un estado particular, tanto física como emocionalmente hablando. De nuevo entramos en la óptica clínica para analizar este hecho. Así, en una mujer con carácter genital y con una adecuada integración funcional y capacidad pulsátil, habrá una correlación entre la necesidad funcional («facilitarle la vida a su recién nacido») y la respuesta

neurofisiológica que le permita, en la medida adecuada, disponer de secreción láctea y de mayor resistencia física, favorecida concretamente por el aumento de prolactina, y satisfacer así dicha necesidad. Esto también es consecuencia de la excitación orgonómica o luminación entre el organismo materno y el Organismo humano extrauterino que permite el aumento de carga en el biosistema de la madre (Baker, 1969). Quizás aquí esté la clave del llamado instinto maternal, tema polémico suscitado entre varios autores en los últimos años (E. Badinter, 1980; N. Chodorow, 1978; M. Rutter, 1972...) y que ha sido llevado al cine con la comedia “Tres solteros y un bebé”. R. Schaffer (1977) (citado por N. Chodorow) afirma: “lo que destaco es la calidad del cuidado y no quien lo ofrezca. Desde el punto de vista del niño no tiene importancia el sexo de la madre.”

Hay dos elementos que podemos incorporar a esta polémica:

a) Desde el momento en que la fase oral no se produce aisladamente, sino como un continuum de la relación intrauterina con una finalidad biológica, cual es la de poner los medios reales para integrar, biosociológicamente hablando, al nuevo organismo en la comunidad o especie, la impronta hormonal facilita a la madre biológica el ser la primera figura básica en la consecución del objetivo. Siempre y cuando en esta madre biológica su funcionalidad no esté perturbada. Y será ella quien sentirá ese impulso de “criar” a su bebé. Impulso que aparecerá en las condiciones en que haya necesidad real de satisfacer la crianza de su hijo. La fuerza de este impulso o instinto maternal, estará vinculada a ese hecho real y, cuando el episodio va pasando, ese instinto parcial va desapareciendo. Nunca será igual ante la necesidad de protección de otro niño que no sea su hijo; no por un hecho cultural, sino por la respuesta neurohormonal y neurovegetativa de su biología. Hay dos posibles perturbaciones en este instinto maternal parcial. Por una parte la de tener psíquicamente esta necesidad de manera permanente; o bien, cuando ni el instinto, ni el deseo de crianza, aparecen al tener el hijo (psicosis puerperal). En ambas hay una perturbación psicógena vinculada a la estructura caracterial (neurótica la primera y borderline o psicótica en la segunda), respecto a la funcionalidad natural. Cuando hay perturbación, lógicamente, el objeto sustituto será aquel que le satisfaga las necesidades de protección, calor, apego y Maternaje. En ocasiones puede ser un hombre, pero no por ser hombre, sino por la capacidad de la vivencia maternal que pueda experimentar. Lo apreciable en nuestros estudios de seguimiento de niños es que bajo buenas condiciones, durante la fase oral primaria, el bebé escoge la permanencia con la madre de manera evidente. Aunque pueda haber personas que sustituyan temporalmente a la madre, con un «buen contacto» (capacidad afectiva, deseo real de estar con el bebé). Lo que es debido a que, si bien el recién nacido vive una situación de narcisismo primario donde la libido no está orientada hacia un objeto, junto con la indiferenciación objetal psíquica, hay una catexis del cuerpo de la madre, en una dinámica biológica instintiva, que le lleva a relacionarse epidérmicamente con ella y con su boca-pezones. Recordemos que es «la estimulación libidinal de la zona oral, el placer de chupar lo que induce a ingerir el alimento» (Reich, 1934). Las pulsiones orales aparecen a partir de que no se da una satisfacción adecuada de esa necesidad biológica.

Durante la Fase oral primaria, si bien la base del desarrollo estriba en el contacto epidérmico con la madre biológica abierta y «maternal» y la relación sexual con ésta, no es menos importante el permitir la libre expresión y el libre movimiento del Organismo humano extrauterino. “Todo recién nacido tiene su propia individualidad, su nota emocional peculiar y es preciso conocer esa nota si se pretende comprender sus reacciones emocionales” (Reich, 1948). Es lo que Navarro describe como yo biológico, que va dando paso al yo psíquico-identidad del yo y a la formación del carácter. Este yo biológico tiene unas necesidades ligadas al funcionamiento y maduración de los telerreceptores. Reich, en el texto citado, nos remarca la importancia de la exploración, para el recién nacido, y el facilitarle el movimiento espacial -rompiendo la tendencia a limitarlo en un sitio en penumbra y en una honda cuna que le impide movilizar los músculos oculares-, así como poner a su alcance objetos de colores chillones. Hemos observado el deseo de movimiento en los recién nacidos que han tenido una vida intrauterina y un parto favorables, (no de motricidad, pero sí de movimiento ocular y posteriormente buco-táctil), durmiendo menos horas que las descritas por la pediatría, sin ser bebés ansiosos o hiperactivos. También es marcada la evolución de la visión en la relación con el pecho y el rostro de la madre, existiendo a partir del primer-segundo mes, una alternancia, mientras está

mamando, entre mirar el pecho y mirar a los ojos y el rostro de la madre. Situación descrita ya por Spitz y que va marcando la diferenciación del yo-otro.

Asimismo, para Reich es fundamental el favorecer la expresión de la voz del bebé, tanto el grito como la expresión de sonidos diversos sin reprimirlos. En ocasiones, el mismo llanto es un ejercicio de voz y de respiración, sin otra finalidad. Existe una clara correlación entre la voz y la nariz-olfato. Es E. Baker (1969) quien introduce la importancia de este telorreceptor en este período y F. Navarro, sigue esta tesis: “Hay que decir que en la fase oral, la puesta en funcionamiento del olfato se efectúa en el primer acto respiratorio, en el nacimiento: para sentir, husmear, es necesario inspirar. Puesto que la inspiración compromete al olfato, éste implica el conocimiento de la realidad a través del cuerpo materno. Añadiremos que cuando el bebé succiona, respira forzosamente por la nariz, pues su boca está ocupada por la succión. Además la succión estimula el olfato por medio de la vía retranasal al unificar los elementos gustativos y olfativos llamados en inglés «flavour». Todo el mundo conoce la anosmia transitoria propia del resfriado que hace perder el gusto» (Navarro, 1987). Resfriados típicos en muchos bebés y niños «ligados a la necesidad de salvarse, permaneciendo por lo menos en contacto consigo mismo»(Navarro, 1984).

“Estas constataciones nos sirven para sostener la tesis Reichiana según la cual la fase biológica oral cuando llega a la madurez por la satisfacción de la sensorialidad en su conjunto (Maternaje) conlleva el desarrollo de la genitalidad. La fase anal no es más que un hecho cultural para nosotros”(Navarro, 1987).

La fase anal es consecuencia de la alteración de la fase oral primaria, convirtiendo así la fase en el sentido biológico, en etapa a partir de la influencia perturbadora de esta cultura, con la formación del carácter consiguiente. Por ello, en el transcurso de la fase oral primaria, si bien es importante combinar la lactancia con sólidos y líquidos diversos, el pecho sigue teniendo una función sexual preponderante, que se verá obstruida y negada cuando dicha relación no se de por estar cerrado el organismo materno; provocando la aparición de la rabia. Por ello, con la salida de los dientes, el bebé, cuya función sexual se ha atrofiado, muerde el pecho de la madre. Pero lo hace como mordería a cualquier otro objeto, por la necesidad de descarga de la tensión mandibular debida a la irritación e inflamación de las encías que acompaña la salida de los dientes y por su necesidad de masticar y entrenar su sistema neuromuscular naciente. En cambio, si hay una buena relación sexual oral, el bebé nunca muerde el pecho de la madre, porque no vive la situación sadomasoquista, en cuanto que no quiere hacer daño a aquello que le da placer ya que diferencia al objeto y siente a su madre-pecho como objeto bueno. Eso es algo que hemos comprobado en nuestros seguimientos (Pinuaga, 1987). Por ello, la fase oral preambivalente-ambivalente y sádica de Abraham-Freud, entra dentro del discurso de la pulsión y por tanto, de la alteración de la funcionalidad biológica del bebé en su fase oral, por el medio externo. Hacemos notar, que Reich durante sus primeros escritos sobre la educación, apoyaba la evolución libidinal de Freud y la necesidad de “una frustración progresiva libidinal para acceder el bebé a otros estadios más evolucionados” (Reich, 1926), pero esta idea la modifica rápidamente por el concepto de autorregulación de la economía sexual (Reich, 1934).

Haciendo una síntesis de los puntos tratados hasta el momento podemos decir que:

* La Fase oral tiene una funcionalidad biológica que abarca desde la vida intrauterina hasta el proceso de genitalidad infantil, bajo condiciones de salud. Se dará un desarrollo distinto cuando el medio perturbe la funcionalidad del instinto, lo que producirá comportamientos compensatorios que son observados como normales (en cuanto que estadísticamente prevalece la disfunción) y que han sido descritos como parte de las etapas sexuales (ambivalente, oral-sádica, esquizoparanoide, depresiva, anal, fálica...), diferenciando nosotros fase sexual, como proceso natural, de etapa sexual, como proceso neurótico.

* La Fase oral la dividimos en tres períodos.

La Fase Oral Primitiva, que abarca la vida intrauterina y primeras semanas, cuya disfunción provoca predisposición etiológica en futuros procesos biopáticos primarios y en psicosis, siguiendo la patogénesis de F. Navarro.

La Fase Oral Primaria, desde las 3 primeras semanas hasta los 10-12 meses, proceso de sensorialidad, de nacimiento real y de estructuración orgánica fundamental, caracterizado por “el paso de la prevalencia

neurovegetativa a la prevalencia neuromuscular y donde comienza la adquisición de la identidad biológica, estando el curso del patrimonio inmunitario... Su alteración -por el miedo neonatal- provoca, o bien las enfermedades somatopsicológicas o bien las biopatías secundarias... Desde el punto de vista psicopatológico, la situación borderline” (Navarro, 1987).

Por último, Fase Oral Secundaria (12-36 meses), período de intersección de dependencia del objeto a poder-estar en el mundo y con el objeto. Comienzo de predominio psíquico y de aprendizaje, momento clave que antepone la resolución o fijación edípica y la formación de un carácter flexible y abierto (genital), o defensivo y cerrado (neurótico), acompañado de somatizaciones desde la perspectiva somatopsíquica. Al conjunto de Fase Oral primitiva y primaria, Reich la denominó Período Crítico Biofísico.

* Centrándonos en la Fase Oral Primaria, su característica fundamental, desde la perspectiva funcional de salud, es la posibilidad de autorregulación energética del Organismo humano extrauterino -todavía con características fetales desde el punto de vista evolutivo- por medio del contacto epidérmico de su cuerpo con el cuerpo de la madre y de la fusión sexual de su boca con el pezón, siguiendo el ritmo biológico del O.H.E. y atendiendo sus peticiones, manifestadas en el lenguaje de la emoción pura y de la expresión corporal, que hay que permitir y procurar comprender. Para ello hay que partir de la base de que el Organismo Intrauterino dirige sus impulsos y reclama unas necesidades con una funcionalidad biológica y que debemos poner los medios adecuados, y no pretender «modelar», «frustrar», «enseñar», o «domar» sus manifestaciones porque presupongamos que sea un organismo vacío o sin aprendizaje alguno.

*La función del padre es fundamental ya que es el modulador que favorece la positividad del ambiente y del ecosistema del bebé, tanto a niveles infraestructurales, como en la relación afectivo-sexual-genital con la mujer-madre y, por supuesto, con el cuidado y el contacto directo con el bebé. Sin ese Maternaje, sin ese afecto y cuidado epidérmico-sexual, y no sólo nutritivo y físico, al recién nacido, éste puede llegar a morir de «pena» (Marasmo y depresión anaclítica estudiada por Spitz). Si no hay una buena predisposición de la madre biológica o ésta no está presente, una nodriza o madre sustituta o el padre pueden sustituirla, contando siempre con limitaciones respecto a la madre biológica bien predispuesta. Siendo lo más importante el contacto y la atención completa a las necesidades del bebé y entre ellas, independiente de la nutrición, aunque cronológicamente a la par, estará la lactancia. Preferiblemente el tetar, cuando la mujer esté abierta y receptiva al placer, o, en caso contrario, el biberón, pero con calor y en intimidad.

El padre, progresivamente, sobre todo a partir de los 18 meses, debe ir “secuestrando” al hijo de la madre, convirtiendo la díada madre-bebé en triángulo como pasaje funcional a la socialización primaria, necesaria para evitar la fijación en el pecho o posteriormente en el complejo de Edipo. Para ello, el padre debe pasar tiempo jugando con su hijo y enseñándole el mundo (excursiones, el mercado, su trabajo) de una manera gratificante, para que el niño vaya libidinizando la figura, restando, así, energía a la catexis libidinal hacia la madre. Estando presente durante el período de adaptación a la escuela infantil, que debe realizarse alrededor de los 3 años de vida, período en que hemos observado que es el propio niño quien pide y desea la asistencia a “su” escuela. Adelantar este proceso, implicaría, una vez más, forzar y romper su propio ritmo con el consiguiente riesgo de sociosis.

*Con la introducción de los alimentos sólidos el proceso de lactancia o el tetar, se convertirá progresivamente en un medio de predominio de la relación sexual-oral -función orgástica sobre lo nutritivo y, por ello, -aunque el propio niño, prolongará más los espacios entre cada tetada-, no deberá destetarse, a no ser que él sea el promotor de esta acción. El destete será progresivo y se irá produciendo en la fase oral secundaria, a partir de que sus medios de regulación energética sean otros y no la relación boca-pezón-cuerpo de la madre. Sólo así se conseguirá que el Organismo humano extrauterino sea en un futuro un niño independiente, con una identidad y un ritmo biológico propio, todo lo contrario de ciertas visiones, basadas en el prejuicio, en el miedo y en las propias estructuras de carácter de quienes las difunden, que, frustrando la oralidad primaria, provocan niños dependientes, inseguros y con un funcionamiento referencial-intelectual.

*Durante el proceso de funcionalidad biológica de la fase oral primaria, propiciada por el aumento de prolactina y el aumento de carga bioenergética, fruto de la fusión de dos organismos cargados y abiertos (O. humano extrauterino - O. materno.), la función de Maternaje y de dedicación casi completa a las necesidades

del recién nacido (durante los primeros 4-6 meses) se puede realizar sin agotamiento ni irritabilidad, aunque por ello es fundamental la presencia y el apoyo del partner y de alguna otra persona cercana. El instinto maternal es, por tanto, un fenómeno biológico temporal que tiene una función parcial, pero vital: la de facilitar el cuidado de la prole. Como todo hecho biológico está condicionado por la cultura del sistema social en que vive la mujer, lo que provoca particularidades y alteraciones, según la estructura de carácter de ésta.

*Es necesario concienciar a la sociedad para que comprenda la importancia y el significado real de la fase oral, sobre todo la primitiva y la primaria, en cuanto que, a nivel social, es lo que puede permitir un cambio estructural, gracias al «niño del futuro», donde los impulsos naturales imperen y no sean sustituidos por las pulsiones secundarias, base del sadismo, la competitividad, el sometimiento y de la incapacidad de usar la libertad. Y para ello es básico el cambio de leyes que pueden facilitar el uso de los medios necesarios para esta tarea.

APORTACIONES CLÍNICAS DESDE LA VEGETOTERAPIA CARACTERO-ANALÍTICA

Veamos, en principio, la correlación entre la actuación de la madre y el padre con el Organismo Extrauterino y sus estructuras de carácter.

a) Estructura de carácter neurótica

En las madres con una estructura de carácter neurótica, en cuanto que, a su vez, han vivido en la fase oral una relación con su madre sin una alteración primordial, aunque insatisfecha, la predisposición al Maternaje y a vivir la lactancia con placer existirá, con las limitaciones propias de cada carácter particular. Así, en la estructura neurótica histérica puede haber un predominio de ansia (Baker, 1969), fruto de su hipercarga sexual corporal, que viene aumentada con la relación con el bebé y de su interiorización del placer con más o menos culpa. Esto a su vez puede provocar una agitación en el bebé y una mayor irritabilidad de la normal, que crea un cierto conflicto en el ambiente post-uterino. En estos casos es muy importante la figura del partner, que puede reducir la ansiedad de esa situación con su apoyo, facilitando la díada placentera de su compañera con su hijo, pero canalizando la sexualidad genital de la madre en el encuentro sexual de la pareja. En la estructura neurótica fálico narcisista, puede haber una tendencia a dejar pronto la relación oral con el bebé por sus exigencias súper-yoicas sociales, es decir por ser más importante para ella su rol social que su función maternal (Navarro, 1987). En la neurótica compulsiva-masoquista, con una mayor fijación pregenital que en los anteriores caracteres, puede desarrollar una tendencia a los horarios rígidos de las mamadas y a crear al bebé desde pequeño una educación rígida y centrada, más que en el placer de la relación, en el «placer secundario de lo bien hecho», centrando su atención en los vestiditos, la limpieza...

El padre con estructura neurótica, en general, tendrá una respuesta positiva, limitada por la marginación cultural existente, siendo buena la predisposición, pero poco eficaz la acción por ese desconocimiento. En ocasiones, se puede vivir a la compañera más como madre que como mujer-madre, y tender a la búsqueda de las relaciones sexuales con alguna mujer, porque a su mujer la inviste de “objeto incestuoso”, viviendo en ocasiones al bebé con cierta rivalidad edípica.

b) Estructura de carácter borderline (copertura caracterial)

La madre con una estructura de carácter borderline, en cuanto que en su propia vivencia oral predominó la ambivalencia y existiendo una fuerte fijación en ese período, por regla general, no vivirá una relación positiva con el bebé. Bien porque impere el narcisismo social antes descrito en la estructura neurótica, pero de una manera más intensa, produciendo un pronto destete, apoyándose en la sabiduría pediátrica o en otras fuentes ideológicas, o bien porque, al existir un bloqueo en el segundo y tercer segmento (oral-cervical y cérvico-torácico) generalmente hiperogonótico (Navarro, 1987), la situación de Dor (energía estancada), vinculada a este fenómeno, facilita la poca excitabilidad sexual del pezón y en general del pecho, siendo poco gratificante para el bebé, por lo que ante el ofrecimiento del biberón, que también lo «llena» más y

lo compensa de su insatisfacción sexual (base etiológica de la futura bulimia ansiógena vinculada a las frustraciones sexuales), dejará de reclamar el pecho. Ante esta respuesta la madre justificará su tendencia, «ya no necesita mamar» y, ante la falta de succión, se reduce la segregación de oxitocina y, por tanto, la secreción láctea que, a su vez, provoca mayor insatisfacción en el bebé.

El padre con estructura borderline (copertura caracterial) suele adoptar una actitud de sumisión ante los dictados de la mujer, en cuanto que se le reactivan sus fijaciones orales y aparece con más fuerza la resignación, como base defensiva para no vivir la ambivalencia ante la madre. Madre que aparece en escena con presencia de su mujer-teta. A diferencia de la Estructura Neurótica, la catexis libidinal es de referencia oral y no edípica.

c) Estructura psicótica

La madre con una estructura psicótica puede reproducir dos tipos de actuación:

- La conocida como psicosis puerperal (Racamier) con rechazo del bebé y sensación de extrañeza ante su hijo, creando fuertes problemas en el ambiente extrauterino, siendo difícil de facilitar un Maternaje por ser ella misma la que necesita atención y cuidado. Esto es debido, desde una perspectiva orgonómica, a que la homeostasis que había vivido en el embarazo ante el aumento de excitación y de carga de la pelvis, provocada por la luminación con el feto (Serrano, 1987) le reducía la congestión de la zona basal craneal típica de esta estructura. Al perder esta situación, la mujer psicótica se puede vivir desgarrada con miedo a la soledad prenatal de su propia historia.

- Si más que psicosis es núcleo psicótico, la crisis puerperal puede ser menor, llevándose entonces una buena situación de Maternaje, incluso con mucha secreción láctea, pero con una situación similar a la descrita anteriormente, sin carga sexual en el pecho. Esto es debido a un hecho claro: por el bloqueo ocular de la estructura psicótica hay una hipersensibilidad de la dopamina que estimula la secreción de prolactina en la hipófisis anterior. Pero al tener una hipoorganía torácica, la leche se acompaña de un pecho frío que el lactante rechaza con la extrañeza de la madre que, a pesar de ello y por la disfunción hipotalámica hipofisaria, sigue segregando mucha leche.

En el padre con esta estructura puede haber una retirada de la situación, o una identificación muy grande con el bebé rechazado, intentando suplir él la función de Maternaje, buscando compensar su propia falta de Maternaje, históricamente hablando.

Respecto a las consecuencias de una oralidad patológica para el bebé, decir que:

Podemos observar que, según las estructuras de carácter de la madre y padre y su actuación (ambiente extrauterino clave), los resultados generan patrones similares, con el factor común del disturbio orgástico del Organismo humano extrauterino, antes o después.

- Con un ambiente extrauterino neurótico, el bebé desarrollará un carácter con base oral. Esto significa que la relación creada con la madre permite una estructuración defensiva caracterial donde la insatisfacción y el sadismo oral van a ser las características principales que condicionan la entrada en el triángulo edípico, característico también de la estructura neurótica siendo ya otros elementos más tardíos los que concretarán los rasgos específicos del carácter de cada persona (la mayor o menor tolerancia ante la rabia oral por parte de la madre, la mayor o menor actitud compulsiva frente al control de esfínteres, la mayor o menor tolerancia ante las manifestaciones sexuales genitales, el ambiente escolar y social circundante, etc...). Teniendo una importancia fundamental en este caso la función psíquica con sus mecanismos de defensa a nivel segmentario, dándose una correlación determinante entre la boca y el pene o la vagina (segundo y séptimo segmento).

- Con un ambiente extrauterino borderline el elemento predominante será la ambivalencia oral amor-odio (Abraham, 1924) que, condiciona, limita e impide en ocasiones el acceso al triángulo edípico y por tanto a la maduración fálico-genital, impidiendo el desarrollo de un carácter, si bien se crearán rasgos de cobertura caracterial al servicio de la fijación oral. Por eso hablamos de núcleo psicótico con una cobertura caracterial, o núcleo depresivo-oral con una cobertura caracterial. Haciendo referencia más explícita a la estructura de

carácter borderline, la presencia del objeto que se va, que desaparece, que está pero sin cubrir sus necesidades, y que por tanto, no puede rechazar, provocando una respuesta -fruto de este «miedo neonatal» (Navarro, 1987)- aguda del sistema nervioso simpático, junto a un bloqueo energético del segmento oral y cervical torácico, con las consiguientes enfermedades somatopsicológicas o biopatías secundarias posteriores, fruto de este desequilibrio neurovegetativo (predisposición a la obesidad, bulimia, anorexia, tartamudez, artrosis cervical, laringitis crónica, trastornos cardiovasculares, trastornos gástricos...).

La base depresiva de la estructura borderline, fruto de ese ambiente extrauterino donde reina la ambivalencia y la presencia de un objeto del cual no se consigue lo que se busca, se intenta enmascarar con una cobertura caracterial determinada, en base a las vivencias ambientales y familiares posteriores. Son rasgos de carácter débiles, pero que aparentan una firmeza extrema precisamente para compensar, aunque ese hiperesfuerzo va a ir generando procesos somatopsíquicos importantes.

El bloqueo olfatorio hay que señalarlo como básico dentro de las características del borderline (Baker, 1969; Navarro, 1985), debido a la necesidad de disminuir el «sentido» para no contactar con el objeto ambivalente. El aspecto psicodinámico del bloqueo de la nariz, anorgonótico o hiperorgonótico, determinan tres aspectos fundamentales de la estructura caracterial:

1) Actitud de desafío, defensa permanente debido a la habitual frecuencia de reprimirse y guardar las distancias.

2) Exceso de «pseudocontactos» sociales para compensar lo anterior, que conlleva la represión de la espontaneidad (aunque simule lo contrario) y de las necesidades primarias.

3) Una continua racionalización que expresa una defensa intelectual inconsciente, haciendo creer al individuo que su yo es el mejor del mundo.

Estos tres elementos constituyen una defensa contra la depresión psicótica, consecuencia de la depresión de las necesidades y de la espontaneidad (Navarro, 1987).

Reich se aproximó a esta estructura en 1925, definiéndola como carácter pulsional, afirmando que “son personas con un constante peligro de regresión oral” de la que se defienden con una cobertura de carácter con esas características y que las hace difíciles de acceder al análisis. Coincidimos con O. Kernberg (1979) en que desarrollan particulares mecanismos de defensa como identificación proyectiva, denegación, omnipotencia e idealización.

- En el ambiente extrauterino psicótico se fundamentan las bases para el núcleo psicótico más determinante y la depresión psicótica antes descrita. Esto dependerá de la vivencia en la fase oral primitiva y en las etapas posteriores. Para Reich el período de Maternaje es crucial, afirmando que: “el nacimiento y los primeros días son decisivos para el desarrollo. La mayoría de las depresiones crónicas y melancolías se desarrollan a partir de la fuerte frustración temprana y en especial el mal desarrollo de la percepción y su integración, durante las primeras seis semanas de vida eran el responsable de situaciones de esquizofrenia.” (Reich, 1951, b.).

La angustia en las situaciones de carencia objetal es muy fuerte y, en muchas ocasiones, genera biopatías primarias (cáncer, diabetes, psicosis, esquizofrenia, psicosis depresiva...) porque estamos hablando en realidad, en este caso, de la fase oral primitiva. Si se produce una normalización, son comportamientos miméticos, aprendidos y, por tanto, sin una identidad. Existiendo una vulnerabilidad a la crisis en cuanto los acontecimientos actuales donde se apoya (trabajo, mujer, padre...) desaparecen, surgiendo la angustia existencial de la soledad y del miedo a sí mismo y a la vida. En estos casos, hablaremos de un bloqueo ocular y oral, contando con la predisposición en la vida intrauterina al bloqueo diafragmático hipoorgonótico. Resumiendo, en estos casos es donde se puede estructurar casi definitivamente una estructura biopática y la psicosis desde la perspectiva psicodinámica, dependiendo del ambiente posterior para que haya normalización o continuidad de la crisis. Asimismo, se suele observar con la Vegetoterapia la reactivación de la posición esquizoparanoide y depresiva descrita por M. Klein (M. Origlia, 1984). También en pacientes borderline.

Nuestra actuación post-reichiana con la profilaxis orgonómica infantil nos permite indicar, en cada

situación individual, el ambiente extrauterino más favorecedor para el recién nacido durante la fase oral primaria, contando con las limitaciones y las particularidades de dicha situación.

Con la Vegetoterapia Caracteroanalítica tenemos la posibilidad de investigar y actuar sobre la vivencia de la fase oral primaria del paciente (período pre-verbal) de una manera sistemática, con los medios neuromusculares y energéticos y con la particularidad de la relación terapéutica que exige cada caso. El objetivo es la reestructuración caracterial y energética, que permita aproximar al paciente a la genitalidad a través de la elaboración de la oralidad, con los medios antes descritos, recuperando el propio ritmo biológico. A sabiendas de que, sin el desbloqueo y elaboración sistemático-metodológica céfalo-caudal de los segmentos pregenitales (ocular-oral-cervical-torácico), no se pueden abordar los segmentos genitales (diafragma-abdomen-pelvis). Es decir que “si previamente al conflicto edípico no reactivamos el pasaje de la oralidad con sus alteraciones, no habrá nunca un acercamiento a la genitalidad” (Reich, 1945).

Y, por último, con nuestro compromiso profesional y personal intentamos favorecer el cambio de leyes que perturban la funcionalidad oral y aumentar el conocimiento de lo que transcurre en dicho período, remarcando su importancia en la maduración del individuo.

http://www.esternet.org/xavierserrano/fase_oral.htm

Volver a Psicosexualidad
Volver a Newsletter 14-ex-40