

RECURSOS TERAPÉUTICOS N° 30. DOS MECANISMOS ÓRFICOS: Ovulación Espontanea Deseada y Anovulación Volitiva.

Juan V. Gallardo Cuneo.

Indepsi. 2016

En la actualidad, como consecuencia de un modelo médico biomecánico, unilineal, atomizador, reduccionista y patologista, más allá de lo bien sabido de la descripción del proceso y función de la Ovulación, existe otro conjunto de conocimientos de más imprecisa certidumbre que son entendidos a partir de su desviación del proceso “normal”. A estas desviaciones inusuales, atípicas, raras o patológicas, se las considera en el modelo médico como lo anómalo, validándose en consecuencia la idea de “anormalidad” y no de ordenes distintos: las ovulaciones espontaneas, el celo de la hembra humana, los dolores menstruales, los embarazos precoces, el rol de las feromonas, el rol del dolor durante el parto, las amenorreas y la anovulación son algunos de ellas -siendo explicados en la mayoría de los casos como perturbaciones de la fisiología normal.

Junto con el trabajo acerca de los Síntomas de Retorno y los Síntomas de Cronificación¹ en el afán de avanzar en la construcción de un modelo Psicomédico que llamamos Bioanálisis, y a la exploración de los alcances del Modelo Triuno del Cerebro², continuamos desarrollando nuevos conocimientos y recursos terapéuticos en el contexto del Modelo Bioanalítico y la Psicoterapia Bioanalítica³.

De esta suerte, continuando con lo que refiere a manifestaciones órficas propias de las acciones de sobrevivencia y por lo tanto de los mecanismos de defensas primitivos, que en el campo de los Mecanismos de Conservación llamamos Operaciones de Adaptación Autoplásticas⁴, en esta ocasión en el contexto del dominio semiológico de las Disfunciones y Alteraciones de la sexualidad humana deseamos consignar dos nuevos mecanismos órficos: la Ovulación Espontánea Deseada (OED) y la anovulación volitiva (AV).

RESPUESTA SEXUAL HUMANA FEMENINA (RSHF)

Sin duda a partir de los estudios de Master y Johnson sobre Respuesta Sexual Humana y luego de HS Kaplan, el conocimiento tanto de la Urología como de la Ginecología al igual que de la Conducta y Respuesta Sexual Humana ha alcanzado un nivel definitorio en los modelos biomédicos imperantes, especialmente en relación a los factores neurológicos, endocrinos, anatómicos y fisiológicos, y paralelamente, a las funciones sexuales reproductivas y la conducta sexual copulativa,

No obstante, una revisión bioanalítica, con “pensamiento tetralógico” y “vox temporare” viene a cuestionar algunos supuestos de estos conocimientos y a formular una comprensión distinta acerca de algunos aspectos sexológicos, en especial, en relación al proceso de la ovulación y la fecundación.

1.- Ver Recursos-Terapéuticos N° 26 El Mito de la Travesía Cordillerana Síntomas de Cronificación y Síntomas de Retorno.

2.- Ver Sandor Ferenczi y lo Órfico. Una nueva tópica. Ps. Juan V Gallardo Cuneo.

3.- Ver El Diagnóstico en la Psicoterapia Bioanalítica. Ps Juan V Gallardo Cuneo.

4.- Ver Recurso N° 29. Mecanismo de Defensa. Spliting Rizomático. Ps Juan V Gallardo Cuneo.

Es sabido, que los ciclos “estrais” refieren a las secuencias del periodo de celo sexual de las hembras de los mamíferos, en el cual las fases se suceden en un mismo orden para luego repetirse regularmente, en caso de que no ocurra la fecundación. La duración del ciclo estral depende de cada especie, y si bien el concepto se usa para el resto de los mamíferos, en el caso de los humanos se llama menstrual por su concordancia con los meses del año. Y lo más característico de este tipo de ciclo, sería la receptividad fecundativa de la hembra -fertilidad- por un periodo limitado, debido al mecanismo de ovulación. Se considera que la ovulación es un proceso espontáneo y predecible, y que el estro conductual coincide con la descarga preovulatoria del pico de LH inductora de la ovulación.

Si bien la RAE define la ovulación como 1. f. Biol. “Expulsión del ovario, espontánea o inducida, de uno o varios óvulos; y 2. f. Biol. Maduración del óvulo en el ovario” (RAE; 2016), los textos especializados se refieren a ella como “al desprendimiento natural de un óvulo maduro del ovario que, después de atravesar la trompa de Falopio, pasa al útero y puede ser fecundado. De esta manera, ella queda asociada a una reacción biológica determinada por un ciclo hormonal fijo llamado ciclo menstrual -de 28 días, aunque se acepta un rango de 21 a 35 días- que se inicia en torno a los 12 años: la menarquia, en el que se distinguen dos fases claramente diferenciadas: la premenstrual y la menstrual -esta última que incluye la “fase de sangramiento o “regla”, que dura 5 días oscilando entre 3 y 7 días-; y finalmente que termina en torno o a los 40-45 años: la menopausia.

En consecuencia, si bien en lo que refiere al proceso fecundación-gestación-reproducción femenina existe un gran conocimiento: anatómico, fisiológico, neurológico y endocrino, así como de la cadena secuencial que lo constituye, y ello es parte de acerbo científico de la Medicina Biomecánica; no obstante persisten aun para la raza humana, una serie de interrogantes acerca de la disponibilidad de la hembra al macho -celo-; de los determinantes del apareamiento -cortejo: sincronización, orientación, persuasión, comunicación, y aislamiento reproductor-; y sobre la conducta sexual de la hembra -cópula-, que aún no se responden, siendo suplidas por lo general por una distinción humano-animal más ideológica que científica.

En consecuencia, reconociendo gran parte de los conocimientos de los niveles anatómicos, biológicos y conductuales, y parte de la gnosología clínica alcanzadas en la Clínica Obstétrica y Sexológica -no así, necesariamente, a las modalidades de intervención farmacológicas o quirúrgicas-; el Modelo Bioanalítico agrega nuevos conocimientos complementarios en algunos casos y supletorios en otros.

RSHF EN EL MODELO BOANALÍTICO.

En el Modelo Bioanalítico, la Respuesta Sexual Humana, es comprendida a partir de una visión monista y amfimíxtica que entiende al organismo humano como una unidad psicosomática que se manifiesta en la expresión de una identidad funcional en la forma de un paralelismo isomórfico ente los aspectos biológicos y psicológicos. Unidad que se remonta a los orígenes de la humanidad y es abordada tanto desde lo filogenético como de lo ontogenético.

Es en “Thalassa, un ensayo sobre la teoría de la genitalidad”, donde Ferenczi en una explosión casi poética aplica su método utraquístico a una concepción monista biológico-psicológica, en la cual a partir de conjeturar -ontogenética y filogenéticamente- sobre el origen y sentido de la copula humana se permite explorar dimensiones de la sexualidad humana desde lo funcional, lo evolutivo y lo etológico; para luego trascender a partir de ello hacia una concepción primordial del origen de las especies, de la materia viva y de la imbricación somato-psíquico por medio de la función simbólica. Apoyado en la noción de “anfimixia”, un término que denota *el combinar dos sustancias diferentes para crear una tercera*, Ferenczi se aboca a describir ciertos elementos surgidos de ellos: biológicos, de carácter, erotismos, sexuales, y otros que va subordinando a órdenes superiores -evitando el defecto de un desarrollo unilineal- y remitiendo también a sus orígenes primordiales. En dicho texto, Ferenczi expone cómo las huellas de las modificaciones primordiales y arcaicas de la sustancia somática encuentran su representante en el mundo conductual: embarazo y parto, coito y actos preparatorios del coito, las disfunciones y perversiones sexuales, la muerte, y explora las significaciones de estos a partir de las representaciones psíquicas simbólicas que las determinan y el modo como lo simbólico subsume lo biológico y es su continuidad. Por medio de una exposición imaginativa

sorprendente Ferenczi articula una revolucionaria comprensión de lo somato-psíquico que inaugura su pensamiento bioanalítico, a través de analogías recíprocas e hipótesis conjeturales inéditas.

Un siglo después, ahondando en sus intelecciones, ampliándolas y relacionándolas con los actuales avances de las neurociencias, los principios lamarckianos sobre la teoría de la evolución de las especies con énfasis en la capacidad plástica del código genético para cambiar durante una ontogenia, con las capacidades autoplásticas y aloplásticas de un organismo, y en particular con la noción de la “herencia de los caracteres adquiridos”, avanzamos en construir las bases de un Modelo Bioanalítico como Ferenczi lo inauguró.

CEREBRO TRIUNO, CEREBELO Y MECANISMOS ÓRFICOS

Trabajando en base al desarrollo de la teoría evolutiva del cerebro triple (cerebro Triuno) surgida a partir del Circuito de Papez, sistema neuronal en donde se produce el control de la corteza cerebral sobre las emociones, base del sistema límbico (MacLean, 1970); el Modelo Bioanalítico propone que el cerebro humano está compuesto por tres cerebros distintos en uno solo: a) Arquiencefalo o cerebro reptilíneo, sustento neurofisiológico del cerebro órfico, b) Paleoencefalo o cerebro límbico, sustento neurofisiológico del cerebro afectivo, y c) Neoencefalo o cerebro córtico-cerebral, sustento neurofisiológico del cerebro cognitivo.

En base a un pensamiento tetralógico que expande los aportes de Ferenczi por explicar la organización, mecanismos, dinámicas y manifestaciones de lo psíquico, en esta ocasión referido a temas de Sexualidad, y considerando un modelo que distingue entre: sexualidad primaria o de especie, sexualidad secundaria u órfica, sexualidad terciaria o pulsional y sexualidad cuaternaria o sociocultural (Gallardo, J. 2016, en prensa) y explorando implicancias en torno a una actividad propia del cerebro reptilíneo -que llamamos “orfa”- exploramos algunas implicancias sobre el proceso de la ovulación.

OVULACIÓN Y TABLA TETRALÓGICA:

Aplicando el método de pensamiento tetralógico a la aparición de lo anómalo de la Función Ovulatoria, distinguimos entre la Anomalías Funcionales y las Respuestas Adaptativas Órficas, que refiere a los distintos mecanismos de defensa órficos utilizados en contextos de sobrevivencia, y obtenemos la siguiente tabla:

OVULACIÓN	Anomalía Funcional	Respuesta Adaptativa Órfica
Ovulación Espontanea	Disfunción Ovulatoria	Ovulación Espontánea Deseada
Anovulación	Inhibición Ovulatoria	Anovulación Volitiva

Si bien cada una de estas subcategorías es un capítulo aparte, en esta unidad solo queremos reseñar la existencia de ciertas Respuestas Adaptativas Órficas que afectan a la función de Ovulación, y señalar que, si bien todo un capítulo de la clínica ginecológica refiere a disfunciones o patologías de la función sexología propiamente, existe otro relacionado con ciertas respuestas sexuales somáticas funcionales, y por lo tanto con sentido. Dichas respuestas o mecanismos por lo general se organizan en torno a las vicisitudes de la escisión de la unidad Yo-representación (en pantalla de sueño), por lo que no se encuentran en el dominio público relacional, y en el dominio privado del sujeto estas se regulan por mecanismo de escisión (dinámico o extático).

RESPUESTA SEXUAL ÓRFICA

Dentro de la distinción de un continuo de Sexualidad que considera una sexualidad primaria o de especie, una sexualidad secundaria u órfica, una sexualidad terciaria o pulsional y una sexualidad cuaternaria o sexualidad sociocultural, le cabe a la segunda de ellas el ser una las más desconocidas.

La Sexualidad órfica se caracterizaría fenoménicamente por su extrema intensidad sensorial, consecuencia de su fuerte relación con mecanismos de sobrevivencia, su atemporalidad, y su dificultad para relacionarse con pensamiento rizomáticos. Un estrecho sincretismo existente entre los impulsos eróticos -y en consecuencia el deseo sexual primario- y otros impulsos, tales como el de ataque y lucha, la dominancia y sumisión -asociados a impulsos tanáticos de destrucción, muerte y sobrevivencia- se manifiestan mediante un conjunto de mecanismos psíquicos de Adaptación y Defensa primitivos, que también llamamos órficos: identificación proyectiva, identificación mimética, identificación con el agresor, hiperempatía, auto plasticidades y otros; coloreando la sexualidad de cualidades sensoriales extremadamente intensas teñidas de un tono de placer y gozo que se articulan con un función simbólica extrema, y las que bajo la forma de idealizaciones primitivas, devaluaciones primitivas, objetos bizarros y representaciones psíquicas extremas configuran los rudimentos de un Imaginario Erótico a medio camino de una sexualidad terciaria o pulsional.

El desarrollo psíquico órfico surge como consecuencia de la prematurización del desarrollo potencial del cerebro humano en tanto expresión de una estructura biológica cuya consecuencia más inmediata es la aceleración de sus procesos de maduración y de las funciones asociadas a ellas -una de cuyos ejes psíquicos es el desarrollo psicosexual junto al desarrollo psicoagresivo. Estas exigencias de adaptabilidad dinamizan tanto los mecanismos aloplásticos como autoplásticos generándose manifestaciones más radicales de relacionalidad asociadas a esquemas objetales primarios extremos: dominio, sumisión, esclavitud, posesión, etc., -hoy diríamos bizarros, grandiosos, temibles, adorables- que conforman la base mnémica filogenética primordial al servicio de conductas reactivas e instrumentales, fundando los primeros núcleos y circuitos reverberantes en el Cerebro TriUno, de lo que posteriormente llamaremos el Eros y el Tánatos.

La exaltación psíquica cognitiva y sensorial de las representaciones sexuales de la organización órfica mediada por una maximización de la función simbólica, permite hipercatectizar las señales y signos sexuales -una de cuyas manifestaciones es el tótem como símbolo fálico- y a la vez inaugura un conjunto de relaciones somatopsíquicas y psicosomáticas, aun por explorar. Bajo esta sexualidad, irrumpen conductas de dominancia y sometimiento sexual, coexistente con cierta promiscuidad sexual, poligamia indiferenciada y primacía de un líder alfa e implicancias asociadas a ello; paralelamente surgen conductas de hipersexualización, esclavitud y sumisión sexual, junto a manifestaciones sexuales polimórficas perversas, conductas incestuosas y promiscuidad primitiva que encuentran también una expresión simbólicas en ciertos ritos primitivos, paganos, cívicos y místéricos: eleusinos mayores y menores, báquicos, coribánticos, órficos y otros; y en los orígenes de religiones politeístas asociadas a deidades hipersexualizadas. En la senda paralela, desde esta sexualidad órfica se fundan los tabúes sexuales tanto universales como locales: sangramiento, embarazo, incesto, masturbación, homosexualidad, transexualidad y otros como forma de controlar los alcances de dicha sexualidad.

En el espacio de este recurso terapéutico, especialmente en la función diagnóstica bioanalítica, el punto a señalar es la existencia de dos respuestas sexuales propias de la organización órfica, como reacción a que repertorios copulativos y fecundidad asociados a hiperfertilidades e infertilidades funcionales.

DOS MECANISMOS ÓRFICOS DE SOBREVIVENCIA:

De la distinción psicoanalítica de Mecanismo de Defensa Avanzados y Primitivos en donde los primeros -referidos a las vicisitudes de lo pulsional- distinguen entre Mecanismos de Defensa del Yo y Mecanismos del Ello, en el dominio de lo órfico existen otros mecanismos -que también pueden ser entendidos como Operaciones de Adaptación Autoplásticas- de Defensa Intrasensoriales (alucinaciones, imágenes eidéticas, despersonalización, desrealización, satisfacción alucinatoria, y otros que refieren a vicisitudes de los elementos alfas y betas en pantalla de sueño, así como a sus moduladores: intensidad, velocidad, catexia); y los Ellosomáticos (teratoma, vasoconstricción radical, respuestas autotómicas, automodelaje corporal y otros), que representan reacciones psicosomáticas extremas y radicales necesarias para la sobrevivencia.

Sin embargo, en relación a los mecanismos Ellosomáticos, estos no son egodistónicos -algo que el Yo observa que le pasa al cuerpo: náuseas, ruborización, hiperhidrosis, etc...), ni egosintónicos -algo vividos por el Yo como una forma propia de ser- sino que son vividos como una condición intrínseca crítica de

la naturaleza somática: teratoma, tumores, metástasis, infertilidad, anorexia, epidermolisis bullosa, lupus, etc...

No obstante, estas manifestaciones clínicas rara vez han sido estudiados desde su función de mecanismos de defensa, y por lo general han sido considerados patologías somáticas graves de carácter genético y, en consecuencia, como si no existiesen factores externos de prevención y/o evitación, y por lo tanto solo abordable sintomáticamente -que significa farmacológica o quirúrgicamente-.

El modelo tetralógico, postula que si bien algunos de estos cuadros pueden tener un origen genético y/o congénito: radiación, bacteriano, viral; otros responderían a procesos sistémicos primarios asociados a funciones simbólicas órficas, entre los cuales consideramos la ovulación espontánea deseada y la anovulación volitiva.

OVULACIÓN ESPONTÁNEA DESEADA

Este mecanismo se activa cuando la persona sujeta a condiciones extremas de sobrevivencia, abuso o maltrato concibe la maternidad como una oportunidad de cambiar sus circunstancias vitales. Se observa como conducta frente a un macho dominante, poderoso y/o de mayor nivel de altitud (lo que augura cierta calidad genética de la cría); también en circunstancias de una copula-un hijo, como huida al abuso sexual sostenido, y en una serie de circunstancias en las cuales la condición de embarazarse crea un punto de inflexión de eventos críticos intolerables (por ejemplo, en trabajadoras sexuales, en adolescentes precoces, en los harems). Adicionalmente es frecuente que bajo determinadas circunstancias excepcionales ocurra en ciertas violaciones, y en relaciones borderlines que transitan abruptamente de violencia física a pasión sexual.

Corresponde a la activación de un mecanismo filogenético primordial, donde las posibilidades fecundativas eran escasas: horda, clan e inicios de la cultura; y está asociado a conducta sexual a tergo, con una estimulación directa del punto de Gräfenberg (punto g), orgasmo vaginal anobjetal y sumisión sexual extrema, generalmente en contexto de guerra, de esclavitud, de condiciones de extrema pobreza y de existencia precarias.

ANOVULACIÓN VOLITIVA

Este mecanismo se activa cuando la persona sujeta a condiciones extremas de sobrevivencia, abuso o maltrato concibe la maternidad como una condición crítica para ella o para el bebé. Mayoritariamente se observa en contextos de condiciones severas extremas, tales como esclavitud, abuso sostenido, explotación sexual, violación e infertilidades asociadas a experiencias traumáticas infantiles vinculadas a la sexualidad y/o maternidad. También se aprecia en circunstancias infantiles críticas, en las cuales la observación de dominancia de género: machismo severo o maltrato intrafamiliar; maternidades abandonicas y/o sádicas que impiden la identificación con el objeto materno, menarquias asociadas a metrorragias que vinculan los procesos ginecológicos-gestacionales a muerte y otras.

Se observa en ausencia de malformaciones o disfunciones de órganos (útero, trompa, ovarios), sin desbalances bioquímicos (niveles de estrógenos, progesterona, HL hormona luteneizante), y/o alteraciones menstruales (dismenorrea, amenorrea o hipermetrorragia).

SÍNTESIS

La Psicoterapia Bioanalítica, se organiza en torno a la noción de un Continuo Normalidad-Anormalidad: trastornos de desarrollo, neurosis sintomáticas, de carácter simple y crónicas, cuadros fronterizos y trastornos psicóticos; y del Principio de los Niveles de Intervención Múltiples, que propone que el diagnóstico -y no el marco teórico del tratante- determina las estrategias de tratamiento: desarrollo evolutivo, sintomático, áreas de desarrollo vital, estructura de carácter, función de identidad función de realidad. En este sentido, entre muchos aspectos aún desconocidos, estamos inaugurando dos áreas aún pendientes en el dominio de la

clínica Psicomédica: la distinción entre los síntomas de retorno y los de cronificación, y el correspondiente a los cuadros clínicos que son consecuencia de una organización psíquica órfica, y es en este último aspecto que se han distinguidos estas dos manifestaciones clínicas.

Volver News-2 ALSF

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org .