

La(s) intersubjetividad(es) dentro del contexto caracterial

Juli Salvat Astorch

El artículo explora el concepto de intersubjetividad en el ámbito terapéutico individual. Pone especial énfasis en el marco teórico de los tipos de carácter descritos por Wilhelm Reich, Alexander Lowen y la Psicoterapia Clínica Integrativa de Juan José Albert. Se describe cómo la relación en terapia, lejos de ser un simple vehículo para la interpretación, constituye un proceso dinámico donde cuerpo, emoción e historia personal se entrelazan, permitiendo cambios profundos en las subjetividades de paciente y terapeuta. A través de la revisión de las estructuras caracteriales (esquizoide, oral, masoquista, psicopático y rígido), se examina cómo cada estructura condiciona la dinámica relacional y la transferencia en el proceso terapéutico. Propone estrategias de intervención clínica. Finalmente, se argumenta que la intersubjetividad es un proceso esencialmente relacional y corporal, donde la co-construcción de significado y el reconocimiento del otro como sujeto autónomo posibilitan la transformación y el desarrollo del yo.

Introducción

El objetivo del siguiente artículo es exponer el concepto de intersubjetividad en un espacio terapéutico, dentro del marco teórico de los diferentes tipos de caracteres descritos en el mapa de la Bioenergética de Wilhelm Reich, Alexander Lowen y desde la perspectiva integradora del Estudio del Carácter y la Psicoterapia Clínica Integrativa de Juan José Albert.

Asimismo, quiero señalar que hablaré de la intersubjetividad dentro de la terapia individual, ya que no es lo mismo adentrarse en los terrenos de la terapia grupal o de pareja. El paradigma desde el cual nos acercamos es, en términos generales, el paradigma intersubjetivo, aunque veremos cómo en ocasiones será necesario apoyarnos también en el paradigma intrasubjetivo, la subjetividad y el vínculo.

La relación en terapia no es solo un vehículo para la interpretación o el *insight*, sino un proceso vivo donde el cuerpo, la emoción y la historia personal se entrelazan para provocar cambios profundos en cada una de las subjetividades presentes en el campo relacional.

Es importante tener presente que la intersubjetividad en un proceso terapéutico siempre está atravesada por una desigualdad de poderes o de roles. La relación en terapia no es horizontal; no puede serlo. Lo terapéutico pasa por el cuidado del paciente, o cliente, y por la provisión de sus necesidades insatisfechas. El terapeuta busca un ajuste que pueda compensar aquello originario que quedó como una gestalt abierta. En definitiva, restaurar —en la medida en que la realidad actual lo permita—, su herida.

Dicho de otro modo, la intersubjetividad se desarrolla a partir de las intrasubjetivida-

des y subjetividades de cada sujeto, sumergidos en un campo siempre cambiante. El terapeuta no solo está pendiente de sí mismo, de lo que percibe a nivel emocional, corporal y sensorial. En él cobran gran importancia lo cognitivo, sus conocimientos teóricos y prácticos, su ética, su mapa y su brújula, sin olvidar su intuición y creatividad. La Terapia Gestalt, así como la Psicoterapia Clínica Integrativa, son modelos vivenciales.

Como ya he mencionado, abordaré el fenómeno de la intersubjetividad a partir de las subjetividades propias de cada uno de los caracteres descritos por los autores y modelos mencionados: esquizoide, oral, masoquista, psicopático y rígido. Haré un breve análisis de cómo se estructura cada uno de ellos, y cómo su etiología caracterial condiciona la forma en que cada paciente generará una transferencia dentro del vínculo, así como la manera en que el terapeuta puede reconocer y ajustar estas dinámicas.

Fundamentos: intersubjetividad, subjetividad, vínculo y alteridad

Se hace necesario introducir aquí el término «vínculo», entendido como el espacio relacional donde paciente y terapeuta se invierten mutuamente. Es precisamente en esta inversión recíproca donde emergen los fenómenos de transferencia y contratransferencia, configurando así un entramado relacional cargado de significaciones afectivas, cognitivas y simbólicas. Tanto el terapeuta como el paciente entran en la relación con su propia historia, con su neurosis, apegos, juicios, expectativas y modos de percibir sus realidades. Al invertir al otro, éste ya no es cualquiera y se convierte en alguien significativo dentro del campo relacional. A partir de ese momento, se abre la posibilidad de crear algo nuevo, lo emergente, en un proceso

dinámico que acontece de instante a instante. La experiencia del aquí y ahora cobra entonces un sentido plenamente relacional y transformador.

En este vínculo, ambos sujetos se afectan mutuamente, modificando el campo relacional en el que están inmersos. En consecuencia sus respectivas subjetividades se van modulando y adaptando. Para Jean Marie Robine, la terapia toca las fronteras del juego intersubjetivo, entendiendo por ello un proceso de apropiación de la situación subjetiva, de su campo y el contexto en el que se da.

La relación entre la intersubjetividad y el vínculo entre ambos sujetos constituye uno de los pilares fundamentales de la psicoterapia contemporánea. Desde esta perspectiva la intersubjetividad es entendida como el espacio compartido entre dos subjetividades. En este sentido, la terapia se convierte en un diálogo donde el terapeuta promueve la aparición de nuevas formas, no solo entre ambos, sino también en el mundo intrasubjetivo del paciente. El terapeuta no actúa solo desde su continuo de conciencia, su afecto y aceptación, sino que utiliza su saber hacer para pensar. Pregunta para diagnosticar, intervenir, proponer y actuar. Estos actos son derechos y obligaciones del terapeuta y hacen que la intersubjetividad se vea en cierta manera, condicionada.

Otro aspecto importante de la intersubjetividad es que introduce la noción de alteridad: el otro no es cualquiera y no es simplemente un espejo. El otro es una presencia que aporta sorpresa, novedad, diferencia y, en ocasiones conflicto. Esta diferencia es imprescindible para poder ir validando e integrando variables en las voces, experiencias y perspectivas, tanto internas como externas. La alteridad aporta reconocimiento de otro como sujeto autónomo, con una historia distinta, emociones y significados que condicionan su propio estar en el mundo. Este reco-

nocimiento permite el respeto, la escucha y un encuentro más auténtico. Sin alteridad el terapeuta no puede abandonar su omnisciencia e implicarse desde su propia ética, empatía y disponibilidad para un intercambio mutuo.

Relación entre el carácter y las intersubjetividades

Wilhelm Reich fue pionero en la integración del cuerpo y la mente en la psicoterapia. Recomendando su libro *Análisis del Carácter* (1949. Ed Paidós). Aunque Reich no utilizó el término «intersubjetividad» en el sentido que le otorgamos en la actualidad, su visión de la relación entre terapeuta y paciente anticipó debates plenamente vigentes en la actualidad.

Para Reich el contacto genuino, la resonancia emocional —y su dimensión corporal—, así como la transferencia y la contra-transferencia, eran aspectos fundamentales en la relación terapeuta-paciente. Enfatizaba la importancia de la receptividad y el respeto por el estado emocional y energético del paciente, evitando la imposición y favoreciendo una interrelación basada en la apertura y la autenticidad.

Para él, la intersubjetividad es un proceso vivo, corporal y energético donde el terapeuta y paciente co-construyen un espacio de contacto que permite la co-regulación y la bidireccionalidad de la experiencia clínica. Reich propuso que el carácter no es solo un conjunto de rasgos psicológicos, sino una forma organizada y rígida para defenderse del sufrimiento emocional. El carácter surge como una respuesta adaptativa a experiencias tempranas, tanto satisfactorias como frustrantes. Propuso que cada estructura caracterial tiene un modo particular de defensa, de vinculación y de expresión emocional.

La Bioenergética de Alexander Lowen entiende la intersubjetividad como un proceso corporal y relacional. Para Lowen, la subjetividad está anclada en el cuerpo. El terapeuta no solo escucha palabras y relatos, sino que observa posturas, tensiones, patrones de respiración y gestos, entendiendo éstos como expresiones directas de la historia de cada paciente. Este proceso es necesariamente intersubjetivo, ya que requiere la participación activa de ambos: el paciente, al abrirse a la experiencia corporal y emocional, y el terapeuta, al acompañar y sostener ese proceso desde una actitud de presencia.

En el enfoque de psicoterapia que propone el estudio del carácter basado en la Psicoterapia Clínica Integrativa desarrollada por Juan José Albert en su libro *Ternura y agresividad*, se plantea un modelo terapéutico que integra diversas teorías y técnicas psicoterapéuticas para abordar de forma global el desarrollo humano, la etiología de la patología y su evolución. Combina una visión psicoanalítica —especialmente la de Sándor Ferenczi—, el análisis del carácter de Wilhelm Reich y Alexander Lowen, la Terapia Gestalt de Fritz Perls, el Eneagrama de Claudio Naranjo y el psicodrama de Jacob Moreno, además de un enfoque transpersonal del paciente.

En este enfoque, no hay humanidad sin la interacción entre personas: la vida solo es posible si existen otros que la hacen viable y la sostienen. Un bebé recién nacido, abandonado a su suerte o criado en cunas de hospital en aislamiento no es capaz de sobrevivir, y si lo hace, suele presentar graves retrasos en su desarrollo y síntomas de deterioro emocional significativos. Se pueden consultar los estudios de René Spitz sobre el *hospitalismo* en numerosas fuentes disponibles en internet.

Al principio, el bebé se mueve y succiona activamente, pero es completamente depen-

diente de su entorno. Poco a poco, comienza a expresar sus necesidades y, más adelante, es capaz de satisfacerlas por sí mismo, en la medida en que se va incorporando a los códigos que rigen en su entorno (códigos establecidos entre él y su madre, la familia, el lenguaje, la cultura, etc.). Estos códigos le proporcionan un campo relacional a partir de cual construye, en primer lugar, su intrasubjetividad; posteriormente su subjetividad, su identidad, su individualización, y su carácter, en definitiva su yo. Es en ese contacto con los otros donde el niño empieza a reconocer sus propios límites y necesidades. Así, el yo se va construyendo poco a poco, a partir de la experiencia vivida en el cuerpo y de una creciente conciencia de sí mismo.

Según la perspectiva de J. J. Albert, la intersubjetividad constituye una dimensión esencial de la experiencia humana y del desarrollo del carácter. En este sentido, el ser humano es un organismo autónomo pero interdependiente, que necesita vincularse con otros para desplegar su propio potencial.

El carácter es la función que se desarrolla como consecuencia de las experiencias psicoemocionales y corporales surgidas de polaridades fundamentales como contacto/retirada, satisfacción/frustración, relajación/tensión, placer/displacer... Así como también, en el nivel del sí mismo, de la polaridad identidad/identificación (Albert, J.J. —2009. p, 55)

Desde esta perspectiva nosológica, el yo no se limita a ser una instancia psíquica: está profundamente arraigado en la vivencia corporal y en la forma en que se integran las sensaciones, emociones y pensamientos. La individuación y la diferenciación ocurren a través de la interacción con el entorno, especialmente durante las primeras etapas del

desarrollo. Dependiendo del cuidado recibido por parte del entorno y los cuidadores desde el nacimiento y a lo largo de las distintas etapas del desarrollo. Esta dinámica da lugar a una estructura caracterial que, a su vez, puede facilitar o dificultar el contacto consigo mismo y con los demás.

El carácter se configura a partir de experiencias reales o fantaseadas que generan perturbaciones internas, sensoriales y cognitivas. Estas perturbaciones pueden distorsionar la capacidad de la persona para darse cuenta de sus necesidades reales, dificultando un contacto pleno y auténtico consigo misma.

De aquí se entiende que la subjetividad nace de la capacidad de adaptación del ser humano a las demandas del entorno y sus interacciones. La armonía o desarmonía en relación con los demás —es decir, las intersubjetividades—, así como consigo mismo —es decir, la intrasubjetividad—, dependerán de la calidad de estas primeras experiencias postnatales y hasta la preadolescencia.

Dinámica de la relación en la terapia según cada carácter

En la relación terapéutica, cada organización del carácter configura un modo particular de establecer contacto, de aproximarse al vínculo y de responder a la presencia del otro. Estas dinámicas no se expresan únicamente en el contenido verbal, sino en la forma en que el paciente se acerca, se retira, controla, demanda o evita la relación. Comprender estas configuraciones relacionales permite orientar el encuadre, las actitudes terapéuticas y las intervenciones clínicas desde el aquí y ahora del proceso.

El carácter esquizoide se organiza en la fase preoral (E5) a partir de una experiencia sensorial temprana en la que la demanda de



© Juli Salvat

satisfacción de las necesidades queda asociada a una intuición sensitiva de amenaza a la propia existencia. La experiencia básica no es la falta, sino el peligro: la necesidad sentida se vive como algo que pone en riesgo la continuidad del ser. Esta vivencia funda un estilo defensivo basado en la retirada del contacto.

En el plano interrelacional aparece un temor marcado al contacto y al vínculo profundo, acompañado de desconfianza y tendencias disociativas. La relación con el otro se vive con cautela, y esa desconfianza puede llevar a percibir al terapeuta como un poten-

cial invasor. A nivel corporal, la experiencia suele ser fragmentada: existen dificultades para sostener la mirada del otro y el contacto físico puede resultar intrusivo o excesivo.

En la relación terapéutica, el paciente puede percibir al terapeuta como una amenaza a su integridad psíquica, con temor a ser manipulado. A lo largo del proceso, es frecuente que oscile entre momentos de necesidad de conexión y fases de evitación de la cercanía. Predomina una preferencia por sesiones de corte intelectual, que funcionan

como una forma de evitar la experiencia emocional directa.

El trabajo terapéutico requiere ofrecer un espacio de seguridad estable y un profundo respeto por los ritmos del paciente. Conviene no abordar las resistencias de forma directa y validar las necesidades de distanciamiento, sosteniendo una presencia honesta y real. El trabajo corporal se orienta al arraigo y a la recuperación de la sensación de cuerpo, a través de ejercicios de tensión y relajación, delimitación de límites corporales y atención específica a tobillos, nuca y cuello.

El carácter oral se configura en la fase oral (E4) a partir de una experiencia temprana de privación. El bebé crece interiorizando que no ha recibido lo suficiente, lo que da lugar a una sensación persistente de carencia que organiza su modo de estar en relación. En el ámbito interrelacional, se manifiesta una intensa necesidad de reconocimiento y afecto, junto con un temor constante al abandono. A la persona le resulta difícil reconocerse autónoma y sostener su autonomía, apareciendo una dependencia emocional marcada. Como defensa, pueden alternarse fases de autosuficiencia reactiva que intentan compensar esa dependencia.

En la relación con el terapeuta, el paciente con defensas orales busca una figura de la que nutrirse. Tiende a idealizar al terapeuta, transfiriendo en él la imagen de la madre nutricia. Al mismo tiempo, teme ser defraudado o no ser colmado, lo que da lugar a transferencias intensas. Ante la frustración o el distanciamiento, puede aparecer una transferencia negativa.

El abordaje terapéutico implica contener sin favorecer la autosatisfacción ni la dependencia. Es importante no alargar las sesiones más allá del tiempo estipulado y evitar que el paciente acapare un espacio que no le corresponde. El trabajo se orienta a educar y acompañar en la experiencia de frustración del pla-

cer inmediato. A nivel corporal, se priorizan los arraigos con respiración y la activación de pies, piernas y articulaciones del tren inferior.

El carácter masoquista se organiza en la fase anal (E9) a partir de experiencias de represión y humillación de la creciente necesidad de independencia. La afirmación de la autonomía queda asociada a culpa y castigo, lo que condiciona profundamente la expresión del deseo.

En el plano interrelacional, el paciente con defensas masoquistas tiende a la sumisión, tiene dificultades para poner límites y se autosacrifica. Existe una gran hostilidad reprimida que suele manifestarse en forma de queja frecuente y autodevaluación. No hay una búsqueda consciente del dolor, pero sí una dificultad para permitirse el placer, que posteriormente se vive con culpa.

En la relación terapéutica, el paciente puede esperar ser salvado o castigado. Tiende a frustrar al terapeuta, a veces sabotajeando el proceso, mostrándose pasivo y desplazando la responsabilidad del trabajo terapéutico hacia el otro.

El trabajo terapéutico requiere evitar tanto la sobreprotección como la crítica. Es fundamental validar la expresión corporal, verbal y emocional, así como apoyar el deseo de autonomía. El trabajo corporal se orienta a facilitar la respiración global, especialmente la espiración, y a movilizar la energía retenida en cuello y garganta.

El carácter psicopático se configura en la fase fálica (E3/E6) a partir de experiencias tempranas en las que el niño fue seducido o traicionado al servicio del narcisismo de sus cuidadores. La forma específica en que estas experiencias se produjeron dio lugar a los distintos eneatis tipos implicados, cada uno con sus particularidades.

En el plano interrelacional aparece una fuerte necesidad de control y dominio, junto con una vigilancia constante del entorno. Se

niega la vulnerabilidad y existe una fobia marcada a la debilidad y al contacto íntimo. Predomina el miedo a ser engañado o seducido y una desconfianza frente a la autoridad.

En la relación con el terapeuta, el paciente puede mostrarse desafiante y, en ocasiones, amedrentador o seductor. Busca mantener el control de la situación, introduce dinámicas de competición y presenta una tendencia al *acting*.

El trabajo terapéutico requiere no entrar en juegos de poder y sostener una presencia auténtica y firme, desde una actitud empática. Es importante confrontar las maniobras de seducción o control en el aquí y ahora, favoreciendo el darse cuenta. El trabajo corporal se orienta a facilitar el contacto con la respiración, profundizar en la conexión con el propio darse cuenta y desbloquear la pelvis.

El carácter rígido se organiza en la fase genital, en el contexto de la resolución edípica (E1/E2/E7/E8), a partir de una frustración en el compromiso y la entrega consigo mismo, especialmente en la capacidad de entrega amorosa, tierna, erótica y placentera.

En el ámbito interrelacional predominan el perfeccionismo y el control emocional, junto con dificultades para la entrega íntima. La sexualidad puede manifestarse de forma compulsiva o inhibida, con una negación del placer erótico. Existe una tendencia al distanciamiento interpersonal y a evitar la dependencia. En general, aparece una buena predisposición a la creatividad, aunque con dificultad para asumir el propio deseo.

En la relación terapéutica, se trata de pacientes competentes y autosuficientes, que no muestran fácilmente su vulnerabilidad. La intelectualización aparece como resistencia a la búsqueda interna de la emoción. Pueden idealizar o desvalorizar al terapeuta en función de su propia imagen de perfección.

El trabajo terapéutico implica validar los logros del paciente y, al mismo tiempo, confrontar de manera sutil su narcisismo. Se trabaja específicamente la dificultad de contacto tierno y erótico. A nivel corporal, se propone la movilización del cuello, la exploración de las sensaciones pectorales y el trabajo con la pelvis.

Conclusiones

Para ir cerrando este artículo, La subjetividad y la intrasubjetividad constituyen un punto de partida desde donde cada persona llega a terapia con su mundo interno, su historia y sus modos de significar la realidad. Estas subjetividades se ponen en juego dentro del marco intersubjetivo, donde paciente y terapeuta co-construyen una vivencia que está en constante cambio.

El vínculo terapéutico emerge y se alimenta en este espacio intersubjetivo. La confianza, la empatía y el reconocimiento mutuo permiten que el paciente pueda resignificar sus gestalts abiertas. La calidad vincular dependerá de la capacidad de ambos para reconocer y dialogar sobre sus subjetividades, favoreciendo momentos de encuentro auténtico que promueven la transformación personal y relacional.

El conocimiento de los diferentes tipos de carácter (esquizoide, oral, masoquista, psicopático y rígido) es fundamental para comprender la forma de intersubjetividad que cada uno de ellos puede manifestar en el vínculo terapéutico. Entendemos el carácter como una matriz rela-

cional, es decir, una estructura que determina la forma en que cada individuo percibe e interpreta el mundo exterior y el interior.

Cada organización caracterial posee unas defensas específicas, que condiciona tanto el tipo de transferencia como las expectativas relacionales que configuran el campo terapéutico.

La comprensión de las defensas permite al terapeuta anticipar y reconocer las dinámicas relacionales emergentes dentro del complejo de la intersubjetividad clínica.

La relación en terapia va más allá del intercambio verbal para convertirse en un proceso vivo, donde la experiencia corporal, la emoción y la historia personal se van entrelazando. El conocimiento de las manifestaciones de cada patrón caracterial —posturas, tensiones musculares, patrones de respiración—, pueden leerse como expresiones directas de las defensas activas, facilitando así intervenciones más precisas, empáticas y resonantes.

El carácter no es una estructura pura, sino una organización marcada por una rigidez singular y defensiva para evitar el sufrimiento emocional. El reconocimiento de estas defensas particulares y sus resistencias posibilita la creación de condiciones relacionales que, de manera gradual, favorezcan la flexibilización de los patrones de rigidez. A su vez este conocimiento permite evitar confrontaciones directas que podrían reforzar las defensas.

El factor de la alteridad, entendido como elemento transformador, permite al terapeuta evitar dinámicas simbióticas o complementarias patológicas. La alteridad induce lo novedoso, lo sorpresivo, lo inesperado; abre espacio para pensar lo antiguo desde nuevas perspectivas y facilita la resignificación. Permite, en definitiva, una nueva forma de vínculo, teniendo en cuenta la singularidad de cada paciente.

Para finalizar, la comprensión de la intersubjetividad y la transferencia desde la perspectiva de los diferentes caracteres y sus defensas posibilita una intervención clínica más precisa y profunda. La integración de las dimensiones corporal, relacional y energética en la psicoterapia contribuye a la transformación de los patrones defensivos y favorece la emergencia de nuevas formas de contacto y autenticidad

Bibliografía

ALBERT, J.J. (2009) *Ternura y Agresividad*. (1ª Ed). Madrid, España: Mandala Ediciones



Juli Salvat
Astorch

Fisioterapeuta. Psicoterapia por la Escuela del Taller de Gestalt de Barcelona. Psicoterapia Clínica Integrativa por el IPETG de Alicante. Miembro titular de la AETG. Profesor en la EUI Sant Joan de Déu de Barcelona. Curso Superior Internacional Psicopatología Clínica y Terapéutica. Máster en Terapia Psicoanalítica (cursando 3º). Co-fundador de Estudio del Carácter y del Grupo Gestudi de EdC. Co-director y profesor de la formación Estudio Integrativo del Carácter. Psicoterapeuta y Supervisor en Barcelona. Acupuntor y Osteópata Sacro Craneal (2002).