

“PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACION CARACTEROANALITICA” (REICHIANA)

NOTAS INICIALES PARA SU DESARROLLO

Xavier Serrano Hortelano*

RESUMEN

Después de hacer una introducción histórica y conceptual el autor expone los elementos clave de la Psicoterapia Caracteroanalítica (Reichiana), breve (P.B.C.) con objetivos focales, con adultos, en base a los objetivos, medios clínicos y encuadre terapéutico; analizando los puntos comunes y la diferencia con la Vegetoterapia Caracteroanalítica en cuanto abordaje profundo. Dejando claro que es un apunte teórico-clínico inicial de una línea de investigación.

PALABRAS CLAVE

Wihelm Reich, carácter, coraza, orgasmo, transferencia, resistencia, estructura de carácter, diagnóstico diferencial-estructural (D.I.D.E.), objetivos analíticos y terapéuticos.

SUMMARY

After making introducing the history and concepts, the author sets out the key elements of Brief Characteranalytical Psychotherapy (Reichian) (B.C.P.) with specific objectives (with adults) based on the objectives, clinical facilities and therapeutic framework;

analysing, in depth, the common points of reference and the differences from Characteranalytical Vegetotherapy but leaving it clear that is an initial theoretical-clinical suggestion for a line of investigation.

KEY WORDS

Wihelm Reich, character, armouring, orgasm, transference, resistance, character structuring, differential-structuring diagnosis (D.I.D.E.), analytical and therapeutic objectives.

1. INTRODUCCION HISTORICA Y CONCEPTUAL

S. Freud, en un texto de 1918, señala cómo el psico-análisis limita su acción a las clases pudientes de la sociedad, aboga porque el Estado asuma el tratamiento gratis, y coherentemente exhorta a modificar la técnica: “en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar, quizá, el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa, y también el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar

* Psicólogo-psicoterapeuta-didacta de la Escuela Europea de Orgonomía (S.E.Or.). Director didacta de la Escuela Española de Terapia Reichiana (ES.TE.R.) y de la revista “Energía, Carácter y Sociedad”.

en el tratamiento de las neurosis de guerra. Pero cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia" (S. Freud, 1918).

En ese mismo texto, Freud reconoce que el

desarrollo de sus aportaciones respecto al análisis de las resistencias y en el posterior "análisis del carácter", teniendo como referencia el factor "económico" o de "perturbación en su esencia libidinal" (Reich, 1918).

Asimismo, Freud, en 1937, señala la necesidad de abreviar el análisis, y a partir de esa fecha, diferentes psicoanalistas trabajarán sobre la psicote-

ción del cuerpo es tan notable y espectacular, que muchos psicólogos han llegado a aceptar que la esencia de los afectos residiría únicamente en esas extraordinarias manifestaciones corporales. Son de todos conocidas las alteraciones de la expresión facial, de la circulación sanguínea, de las secreciones, del estado excitativo, de la musculatura voluntaria, que

preocuparse por la forma en la que luchaban contra sus emociones. Sin embargo, es justamente ese aspecto fisiológico del proceso de represión el que merece nuestra mayor atención. Es sorprendente encontrar, una y otra vez, cómo la disolución de la rigidez muscular no sólo libera la energía vegetativa, sino que vuelve a traer a la memoria el recuerdo de la misma situación infantil en que se había efectuado la represión. Cabe afirmar que cada rigidez muscular contiene la historia y el significado de su origen... La neurosis no es, en modo alguno, únicamente, la expresión de un equilibrio psíquico perturbado: es mucho más correcto y significativo considerarla como la expresión de una perturbación crónica del equilibrio vegetativo y de la motilidad natural" (W. Reich, 1942).

Más próximas están las obras de Schneider (1976) y de Coderch (1978), así como la de Braier de 1984, donde se definen claramente las bases teórico-clínicas de dicha aplicación psicoanalítica al campo de la psicoterapia breve. Pero en todo caso, si bien retoman algunas de las concepciones clave expresadas por Reich en el análisis del carácter presentadas en Insbruck en el X Congreso Psicoanalítico de 1927, mantienen unos medios y un encuadre ortodoxos.

Actualmente, y retomando algunos conceptos reichianos, autores como S. Kirsch y L. Rispoli, entre otros, intentan desarrollar una psicoterapia corporal que se diferencia claramente de la psicoterapia psicoanalítica.

En un artículo mío, publicado en 1983, exponía los tres temas principales, a saber: las pulsio-



futuro del psicoanálisis, desde esta óptica, puede seguir las indicaciones del "método activo" de S. Ferenczi (Ferenczi, S., 1919).

Durante esos años se abre la policlínica psicoanalítica de Viena, donde, entre otros, W. Reich cumple una misión fundamental. Dicha institución pretendía hacer asequible a un nivel masivo los beneficios del psicoanálisis. Aunque no hay estudios referentes a esa actividad, por lógica, debió influir la coyuntura clínica y sus objetivos en la forma de abordaje y encuadre terapéutico. En el caso de Wilhelm Reich, la influencia de esta actividad se manifiesta, no sólo en lo que a conceptos psico-sexuales se refiere, sino también al

rapia breve de orientación psiconalítica, existiendo dos tendencias fundamentales: Por una parte, la corriente de A. French, y por la otra, la de Malan, Wolberg y Balint, cuyo desarrollo continuará posteriormente Small y Belak con la psicoterapia breve y de emergencia. En nuestro propio idioma, en 1970, H. Keselmann, publica el libro "Psicoterapia breve", utilizando el esquema referencial de Pichon-Riviere.

Es importante reseñar que algunos de estos autores resaltan la importancia fundamental de la experiencia emocional en el análisis, siguiendo a Freud cuando escribía: "En numerosos estados anímicos que se denominan afectos, la participa-

pueden producirse bajo la influencia del miedo, de la ira, del dolor anímico, del éxtasis sexual y de otras emociones... Los afectos, en carácter estricto, se caracterizan por una muy particular vinculación con los procesos corporales; pero en realidad, todos los estados anímicos, incluso aquellos que solemos considerar como "procesos intelectivos", también son, en cierto modo, afectivos y a ninguno le falta la expresión somática y la capacidad de alterar procesos corporales (S. Freud, 1905).

Quizás encontremos alguna similitud con esta frase de W. Reich: "La psicología analítica prestaba sólo atención a la cosa que los niños suprimían y a las razones que tenían para hacerlo, sin

nes, las resistencias, y la transferencia, cuya profundización y desarrollo clínico llevan a W. Reich a desarrollar la Vegetoterapia Caracteroanalítica, que posteriormente se definiría como *Orgonterapia Caracteroanalítica*.

“La Vegetoterapia Caracteroanalítica es una terapia bio-psicológica que se dirige sobre los disturbios de pulsación de aparato vital” (W. Reich, 1945). A partir de 1934, va abandonando cada vez más las herramientas y la forma de abordaje terapéutico del psicoanálisis, pero sin abandonar las bases teóricas fundamentales ni el análisis del carácter, y va prestando más atención a las resistencias caracteromusculares, facilitando la reducción de las mismas con medios donde la acción neuro-muscular forma parte del setting. La metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica toma más cuerpo a partir de la elaboración y sistematización realizada por F. Navarro (1988, 1991), siendo la que personalmente utilizó y que es referencia de la clínica post-reichiana en la ES.TE.R.

En 1942, W. Reich va a cambiar el nombre de Vegetoterapia por el de *Orgonterapia Caracteroanalítica*, haciendo hincapié con este término en que su concepción teórica y su abordaje clínico se basaba fundamentalmente en el restablecimiento de la pulsación vegetativa, es decir, de la capacidad de regulación energética llevando a las últimas consecuencias el factor económico de la libido de Freud. Pero básicamente, el abordaje terapéutico sigue siendo la *Vegetoterapia Caracteroanalítica* (V. C.¹) que se ve enriquecida por la aplicación de trabajo con medidas energéticas,

trabajo que ha evolucionado y se está actualmente sistematizando como demuestran algunos artículos (Serrano, 1990-1991).

Retomando los principios teóricos y mi experiencia clínica con la V. C., así como las aportaciones de otros autores post-reichianos, he sentido la necesidad de reflexionar con este artículo aquellos elementos que veo fundamentales para el desarrollo y sistematización de una *psicoterapia breve reichiana, de orientación caracteroanalítica* (P. B. C.) con adultos y que han sido pilares de mi actuación clínica en este campo, al combinar de forma constante el abordaje de casos con la *Vegetoterapia Caracteroanalítica* con otros que por diversos motivos necesitaban de un encuadre más breve y de objetivos focales. Remarco que esta vía de trabajo se está investigando dentro del equipo clínico de la ES.TE.R. en base a seminarios clínicos y seguimiento de casos.²

2. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Según los objetivos terapéuticos que nos planteemos tenemos que utilizar un encuadre y unos medios clínicos específicos. Así, para facilitar la recuperación del equilibrio del sistema nervioso vegetativo, el desbloqueo de los siete segmentos de la coraza caracteromuscular, el desarrollo hacia la genitalidad (carácter genital), el reflejo del orgasmo, y la capacidad de carga y pulsación energética, que son los objetivos básicos de la V. C. al interior de la orgonterapia, usaremos medios verbales, neuromusculares y energéticos que faciliten con la metodología adecuada la reactualización de experiencias emocionales

y los recuerdos –cuando existan– de las situaciones históricas infantiles que provocaron la respuesta a la contracción crónica, a la pérdida del equilibrio, a la defensa caracteromuscular. Todo ello en el espacio terapéutico, cuyo eje central va a ser la relación vincular o transferencial según la estructura caracteral, que permite a dicho proceso una efectividad en cuanto existe la elaboración psíquica. Lógicamente, estos objetivos no se consiguen en un tiempo breve, dependerá de cada individuo, será indeterminado y estará condicionado, tanto por las actuaciones terapéuticas como por una elaboración analítica adecuada; por el trabajo en el diván; el trabajo con el cuerpo; por el análisis de las resistencias, permanentes en el caso de la estructura de carácter neurótico o “Borderline”; favoreciendo el “maternage”, en el caso de las estructuras psicóticas...

En cuanto los objetivos son diferentes en la P. B. C., los medios, las herramientas también deben de serlo.

El objetivo principal de la “Psicoterapia Breve Caracteroanalítica” (P. B. C.) –Siguiendo los conceptos post-reichianos de estructura de carácter y la aplicación de la metodología según las mismas, será el de evitar y reducir, lo más posible, el sufrimiento de la persona, en el sentido más amplio del término y en cualquier forma coyuntural³ con las distintas modalidades de encuadre que lo hagan funcional. Esta evitación del sufrimiento, siguiendo la concepción de la salud y de la enfermedad, de W. Reich y del paradigma reichiano, pasa necesariamente por facilitar a la persona, conscientemente, herramientas que le

permitan ser más dueño de su vida; un cambio en la percepción y autopercepción de su imagen corporal y un conocimiento de sus funciones vegetativas emocionales y psíquicas, que la hagan ser consciente de la lógica funcional que acompaña a su sintomatología, reduciendo así su nivel de resistencias caracteromusculares, grado de contracción vegetativo y miedo nuclear, y, en general, favoreciendo la emotividad y la capacidad de expresión de sus afectos.

Ampliando este objetivo global, nos encontramos con la necesidad, desde un punto de vista dinámico, de favorecer el *contacto con su realidad y esclarecer la lógica dialéctica y vinculación con los procesos internos.*

W. Reich, cuando trabaja específicamente con el análisis del carácter, hablaba de que “uno de los objetivos sería cristalizar la libido genital-objetal, liberarla de la represión y de su mezcla con impulsos narcisistas pregenitales y destructivos”. Esto debe adaptarse al nuevo marco de la Psicoterapia Breve. Es por tanto, importante la idea de retomar el síntoma y buscar una lógica a partir del rasgo del carácter, en cuanto que dicho rasgo caracteral facilita su asentamiento. Así, por ejemplo, una situación de stress laboral no será abordada directamente con el consejo de: “tienes que dejar alguno de los trabajos”, sino analizando sistemáticamente el beneficio secundario, las consecuencias de ese stress –favorecido por una impronta caracteral, generalmente de tipo fálico-narcisista o compulsivo-masoquista–, que le lleva a vivir con una determinada concepción del poder y/o del deber, manteniéndose latente su situación depresiva de base.

Es importante señalar que los objetivos generales que he descrito estarán siempre vinculados a la *lógica que subyace en cada estructura de carácter* (Serrano, 1991).

La utilidad de este encuadre clínico breve se ve, fundamentalmente, en la estructura de carácter neurótica, en la cual pueden cubrirse estos objetivos con facilidad, siendo, por otra parte, donde de forma más ortodoxa emplearemos el análisis de carácter reichiano. En la estructura de carácter Borderline cumple más bien una función de reblandecimiento de la cobertura, siendo limitados los objetivos. Y en el caso de la estructura psicótica compensada el tratamiento, cuyo encuadre se modifica bastante, deja de lado los objetivos fundamentales para tener un objetivo focal, en el que el/la terapeuta pase a ser referencia mimética del/la paciente con el fin de prevenir situaciones de crisis psicóticas y de asentar a la persona mínimamente en la realidad para que no le destruya y le permita mantener unos mínimos sociales, facilitándole la comprensión de su propio proceso de pensamiento, de percepción de sí mismo y del mundo. Es importante señalar que el análisis del carácter no es utilizado como tal en cuanto que: "La E. Psicótica no tiene un carácter estructurado" (F. Navarro, 1988), más bien mantiene referencias conductuales en base a la mimetización objetual que desarrolla en su vida apartándonos del marco caracterial ortodoxo.

3. MEDIOS CLINICOS A UTILIZAR SEGUN LA ESTRUCTURA DE CARACTER

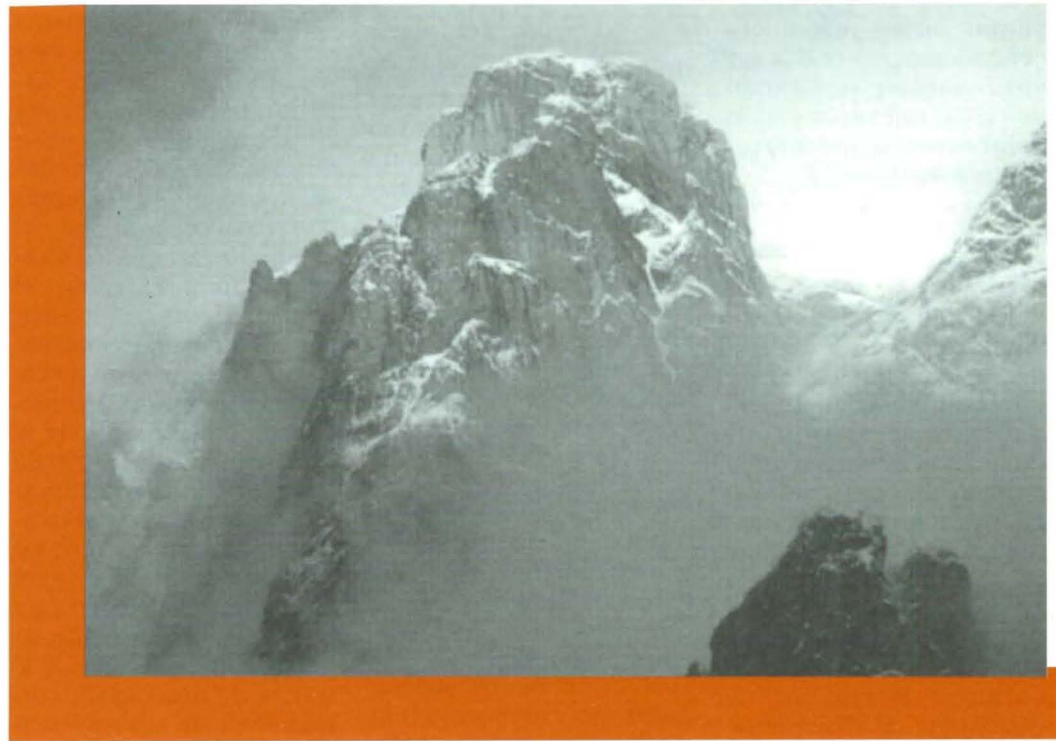
A) Diagnóstico

Como inicio es fundamental realizar el D. I. D. E. diagnóstico diferencial estructural

(Serrano, 1991), que permite tanto conocer la estructura de carácter antes descrita como la forma de realizar el contrato en base a esta estructura y el encuadre clínico a desarrollar. Así, según la mayor o menor capacidad de vínculo terapéutico, de "in-sight"; según el tipo de demanda, la motivación, la

que nosotros producimos mediante nuestra terapéutica no es otra cosa que un cambio en el juego recíproco de las fuerzas vegetativas en el organismo, por ello las actitudes musculares tienen especial importancia en la técnica del análisis del carácter" (W. Reich, 1942); el concepto actual de estructura de carácter

Una vez realizado el D. I. D. E., efectuaremos el *contrato terapéutico*, creando un compromiso con el/la paciente en base al número de sesiones que se acuerda; al tiempo de distancia de dichas sesiones; y la cuota mensual, semanal o por sesión, que se indica, y que interesa, por pequeña que sea, que abone el/la paciente.



coyuntura infraestructural de la que contamos (tiempo, economía, centro clínico de actuación)... podremos aconsejar la P. B. C. o la V. C. y podremos realizar un plan-pronóstico que servirá de referencia durante el tratamiento.

Siguiendo a W. Reich, cuando escribía: "Una determinada estructura psíquica es al mismo tiempo una determinada estructura bio-física, una representación de las fuerzas vegetativas dentro de una persona. No hay duda de que algún día se demostrará que la mayor parte de lo que hoy se considera predisposición, o modo de ser instintivo, es conducta vegetativa adquirida, el cambio en la estructura

(E. psicótica, de carácter Borderline y de carácter neurótico) (Serrano, 1991), recoge diversas variables que desde una concepción epistemológica permite abordar a la persona holísticamente, con los siguientes referentes:

- a) La predisposición constitucional.
- b) El metabolismo orgonótico (bioenergía).
- c) Relaciones objetales y rasgos de carácter.
- d) Bloqueo y tensiones musculares.
- e) Funcionamiento neurovegetativo y somático.
- f) Realidad actual, familiar, laboral, afectivo-sexual, situación clínica, motivaciones...

Todos estos elementos facilitan la *"alianza terapéutica"*, que se debe favorecer ya desde el inicio del contrato. Teniendo en cuenta que en este abordaje clínico habrá un principio y un final que debe ser marcado, que puede ser de 6 a 12 meses, con revisión y nuevo contrato si se quiere seguir abordando el problema focal u otros surgidos. Esto implica una función más activa por parte del terapeuta y una mayor directividad que en la V. C., centrando el foco de atención en el "aquí y ahora", más que en el factor histórico. Se sobreentiende que si la persona llega con una situación de crisis, todo este primer apartado no tiene sentido, hasta resol-

ver, con un abordaje de emergencia y utilizando diversas herramientas, como pueden ser los psicofármacos⁴, el desarrollo de la fase aguda de la crisis. Los cuales no implica que el contacto con el/la terapeuta sean ya fundamentales para el posterior proceso de post-crisis, siendo lo ideal que durante estos dos momentos, la persona esté con el mismo profesional, como referencia central, aunque pueda ser visto, durante su período de crisis, por otros (véase colaboración psicoterapeuta-psiquiatra...).

B) La relación terapéutica

Dentro de la *relación terapéutica*, siguiendo a Wolberg, serán muy importantes –a diferencia de las terapias profundas–, las expresiones terapéuticas del analista. Facilitaremos la alianza terapéutica, pero sin buscar el mantenimiento de la “transferencia positiva sublimada” (Braier), sino que en las estructuras de carácter Borderline y neurótica, analizaremos las reacciones transferenciales negativas latentes que se reflejan a través de los discursos oníricos, verbales o corporales. Esto implica que el análisis inmediato de la reacción transferencial impide el asentamiento de la “neurosis transferencial” y por tanto de la “regresión”.

En el caso de la estructura psicótica, la alianza terapéutica favorecerá el vínculo que permite la referencia mimética de la que antes hablábamos, pero sin utilizar una función de objeto primitivo, y, por tanto, tampoco el “maternage”. En general, facilitaremos la proximidad afectiva, pero respetando una distancia y un espacio que, simbólicamente, está marcado por la “mesa”, siendo un elemento más

para alcanzar los objetivos que nos marcamos.

Teniendo como punto de partida la “reacción transferencial” (Coderch), durante la interpretación y el análisis de resistencias, encontraremos algunas actitudes que debemos tener en cuenta: no sentir ganas de hablar, el expresar las cosas sin afecto (no hay una emoción vinculada a dicho discurso), las posturas del paciente, la repetición de un tema que está indicando que está ocultando otros más importantes ocupando un tiempo de éstos, la hostilidad encubierta (retraso a las sesiones, el olvido de pagar...); todos estos hechos se analizarán puntualmente “insitu”, en tanto que lo que buscamos es el análisis de dichas reacciones transferenciales.

En toda relación terapéutica, con un encuadre clínico concreto, se producen desplazamientos de afecto y por tanto *respuestas (reacciones) transferenciales*. En la P. B. C. no vamos a dejar pasar estas respuestas sin analizarlas. Esto se diferencia de la V. C. donde los hechos se retienen “en la memoria del terapeuta” para hacer uso de ellos más tarde, cuando pasan 3 ó 4 situaciones similares y el/la paciente está en situación de poder elaborarlo, facilitando la “neurosis de transferencia” (Freud) en el caso de la estructura de carácter neurótica y Borderline y el “vínculo transferencial” (Greenson) en el caso de la psicosis.

En el caso de la P. B. C., siempre que surjan uno de estos elementos, vamos a facilitar su elaboración en base a la dinámica analítica de Greenson, esto es, siguiendo los pasos de la confrontación, aclaración, interpretación y translaboración.

Así el sujeto también va entendiendo, poco a poco, como los actos que va haciendo tienen una correlación histórica, pero sin poder profundizar por la propia lógica de este encuadre analítico.

Veamos, por ejemplo, qué hacemos cuando hay *una negación de la interpretación*. Esta sería una forma de respuesta transferencial que Reich llama de “*transferencia narcisista*” que se da en las estructuras de carácter Borderline. Por eso, estos sujetos son muy difíciles de acceder a las terapias breves, ya que en el momento en que el terapeuta le cuestiona, el paciente se sitúa por encima del terapeuta y cuestiona también al terapeuta. Diríamos dinámicamente, que se sitúa encima de la madre, entrando dentro de una dinámica paranoica. Hay que analizar automáticamente esta acción, su mecanismo de defensa, el elemento caracterial que conlleva su mecanismo de desprecio y de rechazo, y al fondo de necesidad, con una aparente autosuficiencia. Al mismo tiempo, es importante abordar este punto sin crear una herida narcisista básica situando un punto de realidad e intentando que la persona comprenda el porqué de su actuación, para cubrir el objetivo de dinamizar el proceso.

Algunas de las *resistencias* están claramente vinculadas a rasgos de carácter específicos. Así, en el rasgo de *carácter histérico*, encontraremos una fuerte emocionalidad o dramatización, que tendremos también a analizar “insitu”, siguiendo el sistema, ya mencionado, siempre buscando situar en el punto de realidad a la persona, haciéndole ver, de nuevo, que “esta forma de actuación suya no le favorece y que, en el fondo, no la necesita y que como terapeuta tam-

poco se la requieres ni se la pides...” En el carácter compulsivo y también en algunos rasgos de la estructura de carácter Borderline, aparece la intelectualización constante, que se interpretaría en el siguiente sentido: “con tus procesos de pensamiento intentas ocupar el lugar de todos, sin permitir el acceso directo ‘al otro’, por el propio conflicto que te produce la relación real...” En el fondo se trataría, siempre, de dinamizar elementos existenciales vinculados al carácter que le impiden aproximarse al principio de placer.

El *factor contratransferencial* sigue siendo un elemento fundamental también en la P. B. C., teniendo en cuenta que no por ser un abordaje breve es menos complejo y menos dificultoso o que las capacidades del terapeuta puedan ser menores; realmente deben de ser diferentes, o en todo caso complementarias, pero no contemplamos la diferencia jerárquica entre el psicoterapeuta y el vegetoterapeuta, pues ambos deben tener una formación común, y lo único que les diferencia es que cumplen funciones distintas, y por ello en la formación especializada habrá también diferencias. Como viva el terapeuta el trabajo profundo y el breve, están marcando, en gran medida, la elección de dicha función, siendo también posible la combinación de ambos métodos de trabajo.

En cuanto que la actuación debe ser más directiva y más activa en el abordaje breve, el terapeuta necesita tener un grado importante de flexibilidad y de rapidez en la devolución del material, con una necesaria capacidad de contacto, de verbalización y de socialización. Sobre todo en la psicoterapia de urgencia

o emergencia, el terapeuta debe tener una fuerte capacidad de acogimiento, de involucramiento, reduciendo al máximo la actuación de tipo farmacológico pasivo. De hecho, se pueden resolver situaciones agudas solamente por medio de la capacidad de "contacto"⁵ del terapeuta al producirse realmente una situación empática puntual y con mucha fuerza con el/la paciente. En momentos puntuales, el factor contratransferen-

do lo que es proximidad con lo que es relación coloquial. El/la terapeuta debe mantener siempre una *diferencia de plano*, por la propia función que cumple. Coincidiendo con otros autores, es necesario, también para *el/la terapeuta, la capacidad de manejar pulsiones*, teniendo la posibilidad de movimiento suficiente para manejar elementos agresivos o sexuales que provengan del/la paciente y para ello es importante, que el/la terapeuta desa-

zado su propio análisis personal con la V. C. y con un orgoanalista cualificado.

C) *Material onírico y referentes actuales*

Otro elemento importante a tener en cuenta en la P. B. C. es el *material onírico* que puede aportar el o la paciente, así como todo aquello que le está ocurriendo en su vida, en lo social, lo familiar, lo emocional, lo sexual, y la forma particular en que

como una sugerencia indirecta o cuestionamiento de alternativas. En el caso de la estructura psicótica es necesario el trabajo con la familia, teniendo en cuenta el enfoque sistémico, no para favorecer la integración en la misma, sino para que el o la terapeuta pueda crear alianza con la familia y que la persona con dicha estructura reciba el apoyo de la misma para su independencia, controlando la repercusión que en ésta pueda tener dicha decisión.

Esta misma actuación familiar es desarrollada con ciertos cuadros como las anorexias, y con los/las adolescentes.

Respecto a los sueños, y a cualquier otro material onírico, como pueden ser fantasías, ensoñaciones, etc., se tendrá en cuenta la narración en cada sesión, "prestando especial atención a su actitud a la *manera* en que relata sus sueños, se cometen actos fallidos, producen asociaciones y hacen sus comunicaciones" (Reich, 1928), también servirán de refuerzo a ciertos momentos de elaboración del material analítico, y formarán parte de la "translaboración" (Greenson), en cuanto que los sueños deberán de confirmar dichos avances, viéndose así facilitado el insight terapéutico.

D) *Movimientos neuromusculares (acting) y otros medios clínicos*

En general *podemos combinar* los medios vistos con todos aquellos que faciliten los objetivos expuestos. En contraposición con la V. C., pueden ser empleados por el propio terapeuta, en cuanto que entraría dentro de la actuación de refuerzo.

Así, el mismo terapeuta, si está capacitado para ello, puede combinarlo con el *psicofármaco, homeopatía, acupuntura,*



cial negativo, puede llevar a tomar medidas terapéuticas concretas, buscando siempre la continuidad del proceso terapéutico como la derivación a otro/a terapeuta respetando el período de tiempo necesario para vivir el proceso de duelo-separación, y con mutuo acuerdo, siempre esto menos problemático que en la V. C.

Un peligro que existe en la P. B. C. es que sin darnos cuenta, podemos tender hacia una relación amical con el/la paciente con un mayor grado de verbalización, de comentarios sobre temas y hechos actuales... Esto es un riesgo que se debe subsanar, no confundien-

rolle una vida personal y sexual satisfactoria. Es difícil admitir que un profesional con graves conflictos personales pueda asumir su función de terapeuta, cuando, a lo mejor, en base a esto, lo que está asumiendo es una compensación de sus carencias o dificultades vitales, sentir que la gente va a él, y que tiene un poder con esas personas que le impide conectar con su propia problemática cotidiana, y por tanto, recrea su narcisismo de que el *psicoterapeuta reichiano* previamente al proceso de formación –basado en cursos teóricos, seminarios de casos y supervisión clínica–, *haya reali-*

utiliza en describirlo, pues ya decía Reich, el "cómo" tiene, en muchas ocasiones, más importancia que aquello que se dice. En este sentido, cuanto más satisfactorias sean las relaciones afectivo-sexuales de la persona, menos reactivará el carácter, la fijación edípica. En este sentido, siguiendo a Reich, utilizamos el término "catexis libidinal" cuando el presente se ve envuelto por dicha referencia histórica. Por ello, la actuación más directa lleva, en ocasiones, a sugerir actuaciones respecto a la vida marital, de pareja, familiar, laboral, etc., del paciente, nunca como elemento impositivo, sino

técnicas de relajación, *placidos, actings neuromusculares*... favoreciendo también, indirectamente, el asentamiento de la relación. Esta actuación, al perjudicar el desarrollo de la neurosis de transferencia, en cuanto que se vive al terapeuta vinculado a espacios temporales presentes, es favorable para el desarrollo de los objetivos de la P. B. C., no siendo correcto hacerlo así en el caso de la V. C.

Así con la *estructura sicótica* podemos emplear, retomándolo de la praxis de la V. C. y con un tiempo menor al empleado en ésta, ciertos *actings* o movimientos neuromusculares; por ejemplo, se coloca el terapeuta detrás del paciente, estando éste tumbado en el diván, vestido, y sigue los movimientos de la parte luminosa de una lamparita que maneja el terapeuta, siguiendo la técnica de Koopman. Según el modelo, desarrollará cuatro movimientos: la lamparita fija, la lamparita aproximándola a la nariz, la lamparita siguiendo el movimiento pendular de derecha a izquierda y la lamparita haciendo un círculo. Con esto, por una parte, se produce una estimulación de la glándula pineal, con las consiguientes consecuencias bioquímicas a nivel del triptófano y de la melatonina, y, por otra, desde el punto de vista dinámico, permite el asentamiento de la alianza terapéutica en cuanto que la linterna representa la prolongación del propio terapeuta, y le muestra el mundo al paciente, con el significado psicodinámico y neurofisiológico que tienen, en concreto, los cuatro movimientos. También podemos emplear, con esta estructura, el llamado masaje aúrico o imposición de manos como forma de aumentar la carga nuclear de la persona, técnica que se está realizando en ciertos hos-

pitales de EE. UU. recogiendo la sabiduría popular y el empleo místico que con ello realiza el curandero o chaman. En situaciones de crisis se necesitarán neurolépticos y tranquilizantes o ansiolíticos menores y, por último, también podemos emplear el uso de ciertas visualizaciones focales mediante previos estados de relajación y en posturas fetales que facilitan el contacto con la propia estructura corporal y con el espacio terapéutico. Asimismo, emplearemos el O. R. Ac. o Acumulador de Energía Orgónica de Wilhelm Reich, para aumentar la capacidad de carga y los procesos vagotónicos que están mermeados en esta estructura. Las sesiones con la familia se tendrán por separado para facilitar la alianza de la estructura familiar que permita la independencia del o la paciente, y alguna sesión conjunta para reforzar el vínculo terapéutico.

En la *estructura de carácter Borderline* que en la mayoría de los casos aparece en consulta con trastornos psicósomáticos, emplearemos en ocasiones la acupuntura, la homeopatía psicofármaco (ansiolítico, antidepresivo) en dosis pequeñas y puntualmente, así como métodos de relajación tipo Shultz, técnicas suaves de respiración y uso de la lamparita, todo ello al interior de la dinámica analítica acompañado de ciertos "actings" como los que se describen en la estructura de carácter neurótica.

En el caso de la *estructura de carácter neurótica* utilizaremos, fundamentalmente, el encuadre psicoterapéutico caracterioanalítico con los medios antes descritos. Emplearemos movimientos neuromusculares o *actings* con un tiempo relativamente breve respecto al uso que

se hace de ellos en la V. C. y permaneciendo el/la paciente vestido, con el objetivo fundamental del refuerzo del trabajo que se realiza de elaboración a través de la palabra y del análisis del carácter, aumentando la capacidad de contacto del propio paciente con sus sensaciones, el asentamiento de los descubrimientos que va realizando en el proceso, dándole una "forma" corporal en base a la dinamización neurovegetativa del propio *acting* o movimiento neuromuscular. Concretamente, tumbado en el diván, el paciente realizará los siguientes movimientos: mirará un punto en el techo y después mirará la punta de la nariz, realizando la acción de convergencia ocular, especialmente indicado para los momentos de confusión y de elaboración de nuevo material analítico; el movimiento de "succión", adelantando y retrocediendo sus labios alternativamente, útil en los momentos de asentamiento del proceso libidinal; el movimiento de mostrar los dientes al mismo tiempo que se giran los ojos circularmente mirando todo lo que hay en la habitación, indicado especialmente en los momentos en que hay un componente de agresividad en el proceso analítico; el cuello fuera, dejando la cabeza colgando fuera del diván, indicado en los momentos de mayor necesidad de contacto con el propio cuerpo y de elaboración de la resistencia intelectual; levantar los brazos, puños cerrados golpeando contra el colchón, diciendo cada vez que se golpea la palabra yo, indicado especialmente en los momentos de reforzamiento yoico ante nuevas situaciones; y, por último, en la posición de tumbado, dejar la respi-

ración suelta y acompañar la espiración de la vocal "a", adelantando los hombros y levantando la pelvis, que facilita la aproximación a la dinámica de placer y al contacto con los límites corporales y, por lo tanto, psíquicos de su placer.

Estos movimientos neuromusculares se realizarán siempre al finalizar la sesión, después del trabajo de abordaje caracterioanalítico, y con una conclusión final de nuevo en "la mesa terapéutica" antes de finalizar la sesión, previa comunicación de la persona de las sensaciones tenidas durante estos movimientos, de las cosas pasadas por su mente con un trabajo puntual de libre asociación.

Estos movimientos no se realizan seguidos, sino que son indicados cronológicamente y sistemáticamente a lo largo del proceso, según la dinámica de la persona, a la especificidad de la sistemática.

E) *El grupo*

Durante el tiempo de psicoterapia se pueden combinar las sesiones individuales con las de grupo, mediante el cual se facilitará su reforzamiento yoico a través de lo social.

En el abordaje clínico grupal se tiene que dar una coherencia de actuación respecto a los objetivos de la P. B. C.. Para ello es fundamental:

- Preferiblemente coterapeutas de distinto sexo, siendo sus pacientes los/las miembros del grupo.

- Se emplearán, sobre todo, las palabras como medio clínico, sin que la inclusión de medios corporales, neuromusculares, sensitivos, energéticos, supongan desestructuración para los miembros del grupo.

- La actuación de los terapeutas será, funda-

mentalmente, directiva y estructurante, pero permitiendo la libre manifestación de opiniones y formas de sentir respecto a los demás.

- Todos los miembros de estos grupos estarán realizando P. B. C., nunca V. C. profunda.

- El tiempo de duración del grupo estará determinado: 9 meses o 1 año.

4. RESUMEN DEL ENCUADRE CLINICO

Mediante el empleo de estos medios se facilita el abordaje de la P. B. C. reichiana en medios tan diversos como los centros de salud, hospitales, ambulatorios y en clínicas privadas, para que con un coste menor para el paciente o la paciente puedan obtener los beneficios que dicho abordaje supone. Fundamentalmente, reducir el estado de alienación a que se ve sometida la persona en este sistema social, y fomentar el nivel de conciencia de la realidad que le rodea y de sus procesos intrapsíquicos y corporales, es decir, de su propia realidad yoica estructural, permitiendo *así que la persona sea más dueña de su vida y como consecuencia tenga una mayor capacidad de compromiso con lo social* como elemento causante –a través de la estructura familiar–, del disturbio de la enfermedad. Se trata de facilitar, a nivel social, *una medida de cambio y de profilaxis indirecta a través de un abordaje psicoterapéutico, y del empleo de unas herramientas por unos profesionales de la salud que sienten que el combate con la enfermedad implica un claro compromiso social y de cambio.*

En síntesis diremos que los encuentros terapéuticos se establecen de sesión en sesión. Al final

de la misma se debe hacer una síntesis de lo vivido en dicha sesión y al comienzo de la siguiente un recordatorio inicial de la anterior, junto con la exposición, por parte del paciente, de lo ocurrido en su vida actual a todos los niveles, desde la última. El contrato terapéutico es de seis, nueve meses o un año, con una sesión de una hora semanal como media. Al terminar esta fecha se realiza

modificarse, según los casos, por dos sillones, uno enfrente del otro, y, puntualmente, la persona se tumba en el diván para la realización de ciertos medios que tienen que ver con lo neurovegetativo, lo neuromuscular... La relación terapéutica viene marcada por la alianza terapéutica, que supone, fundamentalmente, una conjunción de dos humanidades terapeuta-paciente, per con

Material del paciente (sueños, asociaciones...), focalización basada en la atención selectiva del terapeuta en base al análisis de resistencias –análisis del carácter– elaboración analítica –empleo de movimientos neuromusculares (“actings”) focales reforzantes y vinculantes– atención flotante del terapeuta –gestación de la interpretación-interpretación previo asentamiento y elaboración adecuada de



un balance de los objetivos cubiertos en ese tiempo para dar el alta con mutua aceptación del trabajo realizado y con la posibilidad de continuar un tiempo más, tomando un nuevo foco de actuación.

Las sesiones se desarrollan –teniendo en cuenta siempre la diferencia estructural–, con una mesa entre el paciente y el terapeuta, que puede

funciones distintas, donde debe de haber una aproximación existencial, un “poder estar”, una aceptación, pero reconociendo esta diferencia de funciones que permitan el desarrollo de los desplazamientos afectivos, base fundamental del proceso analítico, que en este encuadre no deben pasar de las reacciones transferenciales.

En síntesis, el proceso sería el siguiente:

las reacciones transferenciales y del material abordable de nuevo–, material del paciente...

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BALINT, M. (1983): *Psicoterapia focal*. Gedisa, 1976.
- BRAUER, E. (1984): *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión, 1984.

- BELLACK-SIEGEL (1983): *Manual de psicoterapia breve intensa y de urgencia*. Manuel Moderno, 1986.
- CODERCH, J. (1987): *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Helder, 1988.
- ETCHEGOYEN, H. (1986): *Fundamento de la técnica psicoanalítica*. Amoitortu, 1987.
- FREUD, S. (1918): *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Biblioteca Nueva, 1973.
- FREUD, S. (1905): *Psicoterapia. Obras Completas*, tomo I. Biblioteca Nueva, 1973.
- FERENCZI, S. (1918): *Dificultades técnicas de un análisis de histeria. Obras Completas*, tomo III. Ed. Espasa Calpe, 1982.
- GREENSON, R. (1968): *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo XXI, 1976.
- MALAN, D. (1979): *Psicoterapia Individual*. Paidós, 1983.
- NAVARRO, F.: *La sistemática Reichiana de la patología y la clínica médica: La somatosicodinámica*. Orgón, 1988.
- NAVARRO, F.: "La Vegetoterapia Caracteroanalítica". Revista *Energía, Carácter y Sociedad*, 1991. Vol. 9 (1).
- REICH, W. (1927): "Sobre la teoría de la interpretación y el análisis de las resistencias". En el libro: *Análisis del Carácter*. Paidós, 1980.
- REICH, W. (1928): "Sobre la técnica de análisis del carácter". En el libro: *Análisis del Carácter*. Paidós, 1980.
- REICH, W. (1942): "El reflejo del orgasmo y la técnica de la orgonoterapia caracteroanalítica". En el libro: *La función del orgasmo*. Paidós, 1977.
- REICH, W. (1942): *Análisis del Carácter*. 3.^a Ed. Paidós, 1980.
- REICH, W. (1945): *La biopatía del cáncer*. Nueva Visión, 1988.
- SCHILDER, P.: *Tratado de Psicoterapia*. Paidós, 1965.
- SCHNEIDER, P. (1976): *Propedéutica de la Psicoterapia*. Nau, 1976.
- SERRANO, X. (1983): "La psicoterapia desde la perspectiva de la teoría orgonoterapéutica". Revista *Energía, Carácter y Sociedad*. 1983.
- SERRANO, X. (1989): Apuntes del curso con el título: *Aportaciones de la teoría y la terapéutica reichiana a la práctica clínica en los centros de salud*. Junto con Miquel García en Pamplona, 1989.
- SERRANO, X. (1990): "Diagnóstico Inicial Diferencial en la Orgonoterapia desde una perspectiva postreichiana". Revista *Energía, Carácter y Sociedad*. 1980.
- SERRANO, X. (1991): "Dogma versus Paradigma pluridisciplinario". Revista *Energía, Carácter y Sociedad*. 1981. Vol. 9 (2).
- SERRANO, X. (1991): "Aportaciones a la Sexología moderna de la clínica postreichiana". IV Congreso Estatal de Sexología, 1991.
- WOLBERG, L. (1965): *Psicoterapia breve*. Gredos, 1968.

NOTAS

- 1 Emplearemos las siglas V. C., refiriéndose a la metodología profunda de la Vegetoterapia Caracteroanalítica y P. B. C., será refiriéndose a la Psicoterapia Breve Caracteroanalítica.
- 2 El autor lleva dos años al frente de un seminario de casos clínicos sobre el tema, con un grupo de profesionales.
- 3 Centro público.
- 4 Es importante contar con la homeopatía como vía de investigación y alternativa al fármaco alopatóico.
- 5 Capacidad de sentir y sentirse, sensación de empatía. No confundir con contacto físico.

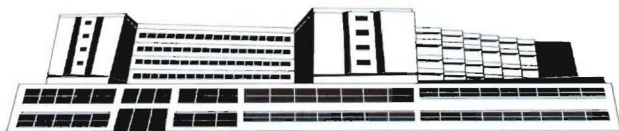
ÁREA DIRECTIVOS

V MASTER EN DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN (DRHO)

Octubre 94-95. Programa Modular. Casos Prácticos. Tutorías.

DIRIGIDO A: - Titulados Universitarios
- Responsables de Recursos Humanos
- Profesionales y Consultores del Sector

OTROS PROGRAMAS: VIII MASTER EN DIRECCIÓN DE MARKETING Y GESTIÓN COMERCIAL (GESCO)
VI MASTER EN DIRECCIÓN DE COMERCIO INTERNACIONAL (COEX)



Avda. Blasco Ibañez, 55 • 46021 VALENCIA

Para más información: ☎ (96) 361 48 11



ESIC ESCUELA SUPERIOR DE GESTIÓN COMERCIAL Y MARKETING