

LO PSICOSOMÁTICO DESDE LA PERSPECTIVA POSTREICHIANA

Manuel Redón Blanch*

Comenzaré con una aproximación a las principales formas de acceder a lo psicosomático que históricamente me parecen más relevantes.

Una primera aproximación todavía vigente en la neurología y la psiquiatría biológica presupone una causa orgánica, disfuncional a nivel estructural y/o bioquímico, para todo tipo de alteración psíquica. En este enfoque se incluye el fenómeno psicosomático. La propuesta terapéutica derivada de esta concepción pasa preferentemente por la utilización de medidas químicas (psicofármacos) o físicas (electroshocks, psicocirugía) como intento de recomponer el funcionamiento psíquico a partir de la modulación en la respuesta de determinado núcleo neuronal o de la supresión de focos cerebrales disturbantes. Esta concepción, que si bien ha supuesto un mayor conocimiento en las funciones alteradas que acompañan a determinados trastornos, suele ignorar las múltiples y sutiles interrelaciones soma-psyque.

Quizás como respuesta a esta corriente excesivamente organicista y debido a la influencia de la obra de S. Freud, surge, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, una corriente donde se le concede una mayor incidencia a los factores psíquicos en cuanto causa de ciertos trastornos somáticos (psicogénesis). Esta tendencia, rica en matices, ha aportado elementos valiosos a la comprensión del fenómeno psicosomático como, por ejemplo, son: los mecanismos de conversión, las configuraciones dinamo-específicas de F. Alexander o el pensamiento operatorio propuesto por P. Marty.

En la actualidad, la concepción predominante en relación a lo psicosomático, estaría representada por una corriente que defiende el paralelismo psicofísico, dentro del modelo bio-psico-social general. Como un intento de síntesis de las dos concepciones anteriores y es generalmente admitido que lo psíquico y lo somáti-

co son dos procesos paralelos con interacciones mutuas, pero manteniéndose independientes en cuanto a su origen. Se acepta, por ejemplo, que una dolencia crónica puede verse influida en su evolución por un determinado estado emocional y que un estado de estrés prolongado puede provocar respuestas fisiológicas orgánicas.

Al interior de estas panorámicas, la Ergonomía aborda la relación cuerpo-mente partiendo del principio funcional común de lo vivo. Cuerpo y mente se comportan como dos polos, a veces contrapuestos, donde se manifiestan las perturbaciones de la función vital. Es decir, el concepto ergonómico del fenómeno psicosomático está basado en la función de la energía del organismo. Esta energía biológica en sí no es enteramente psíquica ni somática. Tanto los procesos psíquicos como los somáticos son expresiones de la misma energía biológica.

Es a partir de esta concepción del "acto biológico" como impulso de lo vivo, que W. Reich, a través de sus múltiples trabajos experimentales, desarrolla su concepción del funcionalismo ergonómico. Y así postula que todo sistema vivo se halla constituido por un núcleo, membrana y campo energético. El equilibrio de su funcionamiento se manifiesta a través de un metabolismo energético: se absorbe energía de los alimentos del aire,... y se descarga a través del movimiento, las funciones superiores,... y la función sexual. La función biológica del orgasmo, tal y como demostró Reich, residirá precisamente en posibilitar la eliminación del excedente energético, consecuencia del desequilibrio natural entre la cantidad de energía que es absorbida y la que es consumida en los procesos vitales. De ahí su importancia básica como elemento regulador del biosistema y, por lo tanto, si esta capacidad de autorregulación del organismo se ve impedida, estará alterándose su funcionalidad y como consecuencia aparecerá la patología.

Partimos, pues, del concepto de pulsación plasmática como expresión común de todos los seres vivos y en la alternancia autorregulada entre los fenómenos de contracción y expansión, reside el principio de salud como fácilmente podemos comprobar si pensamos en los movimientos de una ameba, o en el ritmo del corazón. Desde esta perspectiva no es difícil imaginar cómo un estado de contracción permanente (tanto en el caso de la ameba, como en el del corazón) estaría representando una respuesta defensiva del organismo vivo ante un peligro (exterior o interior). Si este estado se prolonga en el tiempo convirtiéndose en una contracción cróni-

* Médico. Psicoterapeuta.
Orgonoterapeuta de la ES.TE.R.
S.E.Or.



De izquierda a derecha Enrique Dalnases, Francisco Santolaya y Manuel Redón

ca y mantenida, la supervivencia de la misma capacidad vital se verá comprometida.

Un descubrimiento biológico reciente confirma estas hipótesis: en la Universidad de Boulder (Colorado) y con microscopía electrónica, han demostrado que la substancia fundamental de la célula está constituida por microtrabéculas. Se trata de un retículo tridimensional que atraviesa todo el citoplasma, formado por fibrillas de actina y miosina (componentes básicos del sistema muscular). Tiene la propiedad de cambiar de estructura en respuesta a las modificaciones del medio ambiente celular. Cuando este ambiente es negativo para la vida celular (disminución de la temperatura, ciertos fármacos, concentraciones de calcio y magnesio,...), el retículo se contrae y la célula adopta la forma esférica, como forma de sobrevivir con el menor gasto energético. Si se mantienen estas influencias, la célula ya no puede regresar a su morfología inicial, quedando fijada en esta posición defensiva.

Retengamos la noción de defensa, porque va a ser fundamental para la formulación que W. Reich realiza del fenómeno de la coraza caracteromuscular en el organismo humano.

La coraza se estructura a partir de la necesidad de la persona de defen-

derse de las agresiones y frustraciones que recibe del medio que le rodea. La coraza caracterial (carácter) se genera en el niño/a, por una necesidad de adaptarse a un medio que le es hostil, que le impide satisfacer sus necesidades básicas y que le permite contener la angustia que representaría la vivencia de sus pulsiones. La coraza muscular hace referencia a un estado de contracción y bloqueo neuromuscular causado por el impedimento a la expansión, por la represión de las necesidades libidinales básicas.

Evidentemente este esfuerzo de adaptación defensivo no se realiza sin pagar un alto precio y, tal y como vemos en la ameba, que sacrifica su capacidad de movimiento y de contacto con el medio que la rodea; el organismo humano también sacrifica una parte de su capacidad natural para la expansión, para el contacto con los otros y consigo mismo, reduciendo su metabolismo energético para "sentir y sentirse menos", a cambio de un nuevo equilibrio donde pueda ser llevadera la angustia que acarrearía la movilidad.

Con respecto a la localización e intensidad de la coraza, es interesante recordar la división del cuerpo propuesta por Reich en siete segmentos o niveles: Primer segmento: telerreceptores: ojos, oídos, nariz. Segundo segmento: la boca. Tercer segmento:

el cuello. Cuarto segmento: el tórax. Quinto segmento: el diafragma. Sexto segmento: el abdomen. Séptimo segmento: la pelvis. Esta estructuración cefalo-caudal, donde cada segmento representa una unidad neuromuscular y caracterial, supone un elemento clave para la comprensión de los síntomas psicósomáticos. Veamos, por ejemplo, el caso de las cefáneas funcionales: Si se trata de una migraña, la alteración simpático-muscular está localizada en el primer segmento, con afectación primaria de los centros vasomotores cerebrales. Si se trata de las cefáneas musculotensionales o miógenas, el origen del dolor hay que buscarlo en la tensión excesiva de la musculatura del cuello (tercer segmento).

Situándonos en el terreno neurofisiológico, la excitación vegetativa estaría en la base de todos los procesos vitales y no es por casualidad que volvamos a encontrar en el sustrato anatómico de esta cualidad: el sistema nervioso vegetativo o autónomo, a un nuevo representante de la capacidad pulsatoria consustancial con lo vivo. Con un examen detallado de la inervación vegetativa de los órganos, vemos que el sistema parasimpático actúa preferentemente cuando hay fenómenos de expansión, cuando hay predominancia de los movimientos centrífugos (aumento del flujo sanguíneo en la periferia, turgencia de la

piel y mucosas, sensación de placer,...). Mientras que el sistema simpático actúa cuando el organismo se contrae con movimientos centrípetos y huye (reflujo circulatorio de la periferia para aumentar el riego de los órganos vitales, palidez, ansiedad o dolor,...). El parasimpático representa la dirección de la expansión, "hacia el mundo"; mientras que el simpático representa la dirección de la contracción, "lejos del mundo". La predominancia mantenida de cualquiera de ellos traerá como consecuencia la pérdida del equilibrio dinámico representado por la pulsación plasmática y la tendencia a un tipo concreto de respuestas sintomáticas.

Si intentamos hacer un paralelismo entre lo dicho hasta ahora y el universo emocional, hemos de comenzar analizando el significado de la palabra emoción (etimológicamente *ex-move-re*), que nos devuelve a la noción de un movimiento energético expresivo en sentido centrífugo, acompañado de una vivencia psicológica.

El denominador común para la modulación emotiva del comportamiento es el Sistema Límbico, presente en todos los mamíferos. Representa un sistema funcional encargado de la elaboración y control del comportamiento emotivo-instintivo-afectivo y coordina las impresiones sensoriales con las reacciones corporales y las necesidades viscerales. Posee múltiples interrelaciones; por una parte se encuentra integrado con el Neocórtex que recibe e interfiere en las oscilaciones emocionales (influencia de la coraza caracterial); por otra, está relacionado con el Hipotálamo encargado del nivel más elevado de integración del sistema endocrino y del sistema nervioso, autónomo (momento periférico de la emoción). También interactúa con el Sistema Reticular y a través de él con la musculatura estriada voluntaria (influencia de la coraza muscular).

Situándonos en este esquema neurofisiológico podemos establecer, una vez más, las bases del funcionamiento unitario del organismo, desde las sensaciones psíquicas donde la expansión biológica es experimentada como placer y la contracción como desagrado; hasta las reacciones biológicas más profundas. Las perturbaciones de este funcionamiento unitario propiciadas por el fenómeno del acorazamiento traen como consecuencia el distanciamiento de la posición de "salud". Salud entendida como integración armónica de las distintas funciones del biosistema.

Cuando la función defensiva (homeostásica) de la coraza se agota (por lo que de impedimento a la libre circulación energética supone) o se

desborda (por la confluencia de circunstancias estresantes externas y/o internas), aparece la patología representada por las configuraciones sintomáticas. En este sentido, y realizando una lectura bajo las claves del funcionalismo orgonómico, resulta muy interesante retomar el valor de "señal" que tiene el síntoma. Señal de que algo ha sucedido en el organismo que hace ineficaz el anterior equilibrio y que se convierte en un intento por encontrar una nueva base de funcionamiento. Asimismo, en cuanto que el síntoma se convierte en una forma de expresión de este fracaso, está "hablando" y supone una vía para la toma de conciencia de su significado.

Podemos afirmar (siguiendo al Dr. Federico Navarro) que tanto la enfermedad psicósomática como la somatopsíquica se comportan como vehículos de un auténtico lenguaje de los órganos y donde el "síntoma es una acción", mientras que en la somatización se trataría más de una metáfora, en el sentido de una simbolización, donde el "síntoma se sitúa como una reacción". Estoy hablando de las diferencias que encontramos entre un síntoma como la diarrea ante situaciones puntuales en las que no se puede expresar la agresividad y se compensa con un deseo urgente de dar. Y una enfermedad psicósomática como la colitis ulcerosa, en donde el mismo síntoma está inscrito en una estructura con una fuerte imposibilidad de canalizar la hostilidad, por lo que se recurre al intestino como mecanismo de expulsión agresiva; pero además en un organismo con una base energética más débil, por lo que tiende a cronificarse y a convertirse en un auténtico mecanismo regresivo que puede llegar a poner en peligro la vida del enfermo.

Reich, en su texto "La biopatía del cáncer" (texto clave para la comprensión del fenómeno psicósomático), propone el término de trastorno biopático como forma de superar la disyuntiva cuerpo-mente y de centrar la atención en la base del trastorno: la alteración de la función vital. Como rasgos generales de estos trastornos tenemos el que son enfermedades de origen oscuro, desconocido la mayoría de las veces; la vida emocional siempre va a estar implicada; las alteraciones funcionales y energéticas preceden a las anormalidades estructurales; son de trayectoria prolongada y cursan con exacerbaciones y remisiones; en los estadios terminales son irreversibles, y aunque puedan afectar preferentemente a uno o más segmentos, es el organismo en su totalidad el que se encuentra implicado.

Las importantes aportaciones de F. Navarro en este terreno completan y amplían la comprensión de las bio-

patías, al constatar cómo el miedo (estrés negativo) es la emoción fundamental, por sus consecuencias sobre la materia viva. Dicho estrés desencadena mecanismos de defensa si su intensidad es suficiente y continuada como para suponer un fuerte elemento hostil. El mecanismo de defensa fundamental es la contracción biológica, con diferentes localizaciones y amplitud según el momento histórico-biográfico en el que ejerce su acción.

Así, si el miedo aconteció en los períodos embrionario y fetal, dará lugar a un terreno primario hiporgonótico (débil densidad energética), haciendo al organismo altamente vulnerable al desarrollo posterior y temprano de patologías graves (auténticas biopatías psicósomáticas). Tanto más si la acción fue predominantemente embrionaria, con un daño celular marcado y, en donde la recuperación es prácticamente imposible. En el período fetal, la predominancia neurovegetativa permitirá unos mejores mecanismos de adaptación y una posibilidad de tratamiento.

Si el miedo acontece en el período post-natal, con prevalencia neuromuscular, provocará como defensa más estructurada una reacción aguda del simpático localizada en segmentos específicos, existiendo bloqueos determinados más que generalizados. Aparece el terreno biopático secundario, con mayor abordaje terapéutico y un mejor pronóstico. Si el estrés acontece en etapas posteriores podrá generar situaciones biopáticas secundarias del tipo somatización.

En este punto se hace necesario definir la orgonterapia, y lo hago con palabras de Reich: "La orgonterapia no es una terapia psíquica ni fisicoquímica, sino una terapia biológica que se ocupa de las perturbaciones de la pulsación en el sistema autónomo" (*Biopatía del cáncer*). Tiene como objetivo restaurar el equilibrio energético del sujeto, lo que implica que vaya encontrando su propio ritmo biológico; se trata de acompañarlo en el camino de la expresión emocional anclada en la memoria celular y en los órganos específicos, favoreciendo la abreacción neuromuscular y la aparición de los conflictos reprimidos ligados a la emoción.

Esta propuesta terapéutica tiene en cuenta dos planos fundamentales:

- Por una parte, la visión integral de la patología que nos lleva necesariamente a un enfoque interdisciplinario en su abordaje, surge del reconocimiento de que tal amplitud de objetivos difícilmente puede ser cubierto por un solo profesional.
- Por otra, la incidencia sobre las variables energéticas junto a las de carácter físico y emocional.

En nuestras praxis al interior de la ES. TE. R. (Escuela Española de Terapia Reichiana), esto nos ha conducido al siguiente enfoque funcional:

- A nivel diagnóstico consideramos válidas, pero insuficientes, las aportaciones médicas clásicas (analíticas, radiográficas, etc...) y esto nos lleva a la necesidad de complementarlas con una serie de datos que configuren la realidad y particularidades del terreno (sujeto). Así la caracterología aportará los datos para determinar tanto la estructura del paciente como los rasgos que comporta su cobertura, lo que nos permite situarnos frente a qué grado de biopatía nos encontramos (primaria, secundaria, somatización). El análisis corporal y energético con técnicas propias de la orgonomía (masaje reichiano, la respuesta neuromuscular en los segmentos corporales al realizar ciertos actings significativos, test de sangre -Test T-, utilización diagnóstica del acumulador de orgon,...), nos refiere, a su vez, el nivel de carga energética.

Tenemos, pues, un marco inicial de referencia en base a los siguientes elementos:

- La predisposición constitucional.
- El metabolismo orgonótico (energético).
- Las relaciones objetales, estructura y rasgos de carácter.
- Los bloqueos y tensiones musculares.
- El funcionamiento neurovegetativo y somático.

- La realidad actual, en cuanto que elemento reactualizador de los conflictos básicos (factor desencadenante). (Serrano, 1990).

Con respecto a las medidas terapéuticas, el eje vertebrador gira en torno a la vegetoterapia caracteroaanalítica, en cuanto que metodología de terapia profunda que permite la recuperación de la movilidad plasmática y de la capacidad de autorregulación.

La utilización de recursos particulares de la orgonomía, en especial el acumulador de *orgon* (OR. Ac.), nos permite incidir directamente sobre las variables energéticas. Así el OR. Ac. facilita la vagotonía y el intercambio con el medio favoreciendo la carga del núcleo biológico.

El uso de otras técnicas energéticas: acupuntura, homeopatía, dieta y vitaminoterapia, oligoelementos, audiopsicofonología..., variará según el diagnóstico particular de cada sujeto biopático.

Entiendo que todo discurso sobre la salud-patología queda irremediabilmente incompleto si no afronta la cuestión de la prevención, incluyendo su dimensión social (educación, familia, hospitales, condiciones de vida y trabajo...). En este sentido la profilaxis orgonómica tiene como objetivo la prevención de la coraza en la infancia, y es por ello que abarca las condiciones que afectan al desarrollo psicosexual, emocional y energético del ser humano.

BIBLIOGRAFIA

- GARCÍA, M., y REDÓN, M.: "La medicina orgonómica". *Energía, carácter y sociedad*. 1990.
- HOPE, W.: "El origen biofísico y biopsíquico del cáncer a la luz de la orgonomía". *Energía, carácter y sociedad*. 1983.
- NAVARRO, F.: *La somatopsicodinámica*, Orgon. 1988.
- NAVARRO, F.: *Las biopatías*. Orgon, próxima edición.
- REICH, W.: *La biopatía del cáncer*. Nueva Visión. 1985.
- REICH, W.: *La función del orgasmo*. Paidós, 1981.
- REDÓN, M.: "Génesis de la biopatía carcinomatosa". *Energía, carácter y sociedad*. 1988.
- REDÓN, M.: "Enfermedad y sexualidad: una visión funcional". *Energía, carácter y sociedad*. 1992.
- SERRANO, X.: "El diagnóstico inicial y diferencial en la orgonoterapia desde una perspectiva post-reichiana". *Energía, carácter y sociedad*. 1990.
- WARBURG, O.: "Causa primaria y prevención del cáncer". *Energía, carácter y sociedad*. 1988.
- WOLFE, T. P.: *El concepto sexoeconómico de la identidad y la antítesis psicósomática*. Valencia, 1983.



Momentos de la Conferencia