

«LA SICOSIS DESDE LA VEGETOTERAPIA CARACTEROANALITICA POST-REICHIANA»

Xavier Serrano Hortelano

Psicologo clinico

Orgonoterapeuta Didacta

y Trainer de la Scuola

Europea di Orgonomia

(S. E. Or.)

Director de la Escuela

Española de Terapia

Reichiana (ES. TE. R.)

Director de la revista

«Energia, caracter

y sociedad»

Ciclo de conferencias en torno a la sicosis y a la salud mental.

Noviembre, 1989

Hace unos meses murió Ronald Laing, como sabéis. Realizó una gran contribución a la comprensión del proceso sicótico y de la esquizofrenia. Porque se arriesgó a «ESTAR» con el sicótico. El mismo reconocía en una ocasión la influencia que el discurso de Reich tuvo en su vida y en su obra. Quiero contribuir a su memoria recordándolo públicamente en este modesto encuentro sobre un tema donde para comprenderlo no nos sirven los canales *intelectuales* corrientes. Bueno, los canales sí, la forma de utilizarlos, no. Permitámonos flexibilizar el oído, evitar prejuicios apriorísticos. *Simplemente aproximémosnos.*

Conocemos todos nuestro propio miedo a la LOCURA. Al descontrol, a la pérdida de las coordenadas y parámetros conocidos. Y quien más quien menos se han aproximado o han sentido en su propia piel de alguna forma o en algún momento de su vida el papel de celofán que separa «la normalidad» de la llamada «locura» y el grado extremo de disgregación, de escisión, de despersonalización y de alteración del campo de la conciencia descontroladamente, se produce en la llamada esquizofrenia como grado degenerativo de la sicosis.

Empezaré con una cita de Wagner-Jaureg: «Cuanto peor es un neurólogo, tanto más diagnostica esclerosis múltiple, cuanto peor es un siquiatra, tanto más diagnostica esquizofrenia».

Y a continuación leeré unas citas de W. Reich (Psicoanalista didacta, pionero de la Sexología, alumno, dentro del campo de la Psicosis, de Wagner-Jaureg y de Paul Schilder y que desarrolló una metodología clínica partiendo del psicoanálisis, que denominó vegetoterapia caracteroanalítica); están extraídas de escritos de 1940-1951:

«La idea del “diablo”, es una auténtica expresión de la distorsión de la naturaleza en el hombre. No existe otra experiencia humana que se preste tan bien para estudiar al “diablo” como la experiencia esquizofrénica. En su forma más pura, el

mundo esquizofrénico es una mezcla de misticismo y de infierno emocional humano, de penetración a través de una visión distorsionada, de Dios y de diablo, de sexualidad pervertida y de moral asesina, de cordura hasta el grado más elevado del genio y de demencia en sus abismos más profundos, todo fundido en una sola y horrible experiencia» (ídem).

«El mundo del sicótico confunde en una sola experiencia lo que se mantiene cuidadosamente separado en el homo normalis. El “homo normalis” bien adaptado se compone exactamente del mismo tipo de experiencias que el esquizofrénico. Difieren sólo en que en el “homo normalis” estas funciones están ordenadas de otra forma.»

«Si seguimos de forma lógica, paso a paso, los diferentes niveles de coordinación y las correspondientes funciones del organismo, debemos suponer además que la RACIONALIDAD o actividad poseedora de finalidad y significado con respecto al ambiente y a la propia situación bioenergética aparece ahora también como función de la coordinación emocional y perceptual. Es evidente que ninguna actividad racional es posible mientras el organismo no se desempeñe como una totalidad, de manera bien coordinada. Lo vemos claramente en la desintegración esquizofrénica, que constituye la inversa del proceso original de coordinación bioenergética: la racionalidad, la finalidad, el significado, la palabra, la asociación y otras funciones superiores del organismo, se desintegran en la misma medida en que se desintegra su fundamento emocional bioenergético. Comprendemos ahora por qué se encuentra arraigada la disociación esquizofrénica con tanta claridad en el desarrollo prenatal y posnatal inmediato: *toda severa perturbación ocurrida durante el proceso de coordinación orgánsmica constituyen un punto débil de la personalidad (del yo) en el cual más adelante, en determinadas condiciones emocionales, tiene las máximas probabilidades de asentarse la falta de coordinación esquizofrénica...* Las experiencias de la infancia podrían no surtir efecto veinte o treinta años más tarde, de no haber en realidad perjudicado el proceso de coordinación del biosistema. Es esta lesión real de la estructura emocional y no la experiencia sufrida en la niñez, lo



que constituye el factor dinámico de la enfermedad. El esquizofrénico “no vuelve al útero materno” lo que hace en realidad es caer víctima de la misma escisión sufrida en la coordinación de su organismo cuando se hallaba en la amortiguada matría de su madre, pues ha conservado esa escisión por toda su vida.» (Reich 446, A. C.)

«La disociación esquizofrénica es sólo uno de los ejemplos, si bien característico de las interrelaciones entre los procesos emocionales de la materia viviente y el campo de energía orgónica (o de éter) que le rodea.»

«Ninguno de los síntomas de la esquizofrenia tiene sentido si no comprendemos que en el esquizofrénico se han borrado las líneas fronterizas que separan al “homo normalis” del oceanorgónico cósmico, en consecuencia, algunos de sus síntomas se deben a la comprensión intelectual de esta desaparición, otras son manifestaciones directas entre la energía orgónica, organísmica y la cósmica (atmosférica). Me refiero aquí a las funciones que ligan al hombre y a su origen cósmico en una sola cosa».

«El esquizofrénico puede decirnos exactamente dónde está ubicada esa disfunción (parte del cuerpo extraña), si no nos negamos a prestar atención a lo que dice, Y A COMPRENDER SU LENGUAJE DE EXPRESION EMOCIONAL, es decir BIOENERGETICO (REICH 464)... El sentimiento de disociación, de escisión, de despersonalización, en el biosistema del esquizofrénico debe obedecer a la falta de coordinación de los órganos y sistemas de campos energéticos del cuerpo... En la esquizofrenia el cerebro se halla perturbado funcionalmente (y no estructuralmente).»

«Cuando existe una intensa excitación biosexual el campo de energía orgónica del organismo se expande considerablemente, con mayor claridad. Esto sucedió también a la paciente pero como ésta no percibía este proceso biológico como algo suyo, como la excitación estaba separada de la autopercepción, el campo de energía orgónica que la rodeaba, tal como lo experimentaba en impresiones sensoriales muy vividas, aparecía con una fuerza extraña, ajena, que vivificaba las cosas de la habitación. En consecuencia, la sensación persecutoria psicótica proyectada, aparece como una auténtica percepción de un proceso «REAL»: el sicótico percibe fuera de su organismo, su propio campo de energía. Los contenidos de la sensación, tales como las ideas homosexuales o destructivas proyectadas, son secundarias respecto de la

percepción bioenergética del campo de energía orgónica...»

«Luego, a la mañana siguiente, la paciente se enfrentó con el desastre. Toda la significación de la mentalidad policial de las instituciones destinadas a enfermos mentales se hizo evidente de manera grotesca. Pese a la información de que los funcionarios del hospicio disponían acerca de la terapia experimental y de los buenos resultados obtenidos hasta entonces, y pese a contar con su aprobación para todo lo que sucedía, los enfermeros del servicio de psiquiatría vinieron a por la paciente a las 7'30 de la mañana y la llevaron por la fuerza al Hospital, sin consultar conmigo. Esa omnipotencia casi divina de los psiquiatras del hospital es el mayor obstáculo con el que tropiezan los auténticos esfuerzos tendientes a una higiene mental racional. Podían y debían haberme informado a mí y a los familiares que colaboraban. No. Se sentían todopoderosos después que lo peor ya había pasado. Después que la paciente había sido atendida con destreza y con sumo cuidado por un biosiquiatra experto, por los familiares y por ella misma... Confío sinceramente que el movimiento de higiene mental pueda algún día cortar las alas de los psiquiatras legalistas y de hospital y obligarles a prestar atención a esfuerzos médicos nuevos y promisorios. Todo el esfuerzo de muchos meses corría peligro de derrumbarse debido a esta acción por parte de algunos funcionarios... No puede haber auténtica higiene mental mientras estas cosas se permitan.»

Termino con una más actual de un antipsiquiatra:

«El propósito del discurso psiquiátrico no es la búsqueda de la verdad. Detrás de la voluntad de saber se esconde la voluntad de poder... Porque el psiquiatra está desnudo como el rey del cuento. No tiene poder si por prestigio, y su habilidad abusa solamente de aquellos que se dejan hacer.» (Delacampagne: «Psiquiatría y opresión». *Destino*, pág. 29.)

Quizás por el miedo a la locura se ha usado y se usa el poder —sobre todo se ha usado—, para combatir la manifestación de funciones vivas por mentes neuróticas rígidas y represivas. Cuántas lobotomías se han realizado a supuestas esquizofrénicas por petición de sus familias, cuando en realidad eran chicas con manifestaciones y expresiones sexuales que rompían los esquemas de un momento social histórico concreto. En la Edad Media las juzgaba la

iglesia y las quemaban. En tiempos de Franco y en la época de Mac Arthur, y tal vez ahora en alguna clínica privada, bajo las direcciones de gente respetada, y «premiada incluso», los calman, los anulan con insulina, con electroshocks y en ocasiones con el bisturí. La complicidad familia-institución es en estos casos total. Y las familias suelen ser económicamente pudientes... Cuántas veces se ha usado —para desacreditar la labor profesional o científica de alguien— la etiqueta de esquizofrénico/a.

Desde Kraepelin conocemos los síntomas «conductuales o síquicos» de la esquizofrenia a sabiendas —según parece— de que uno de ellos es que este paciente no es consciente de su «enfermedad». A partir de ahí todo es posible. Es un terreno pantanoso de arenas movedizas. Porque hasta políticamente se ha usado esta etiqueta como forma represiva... es este uno de los temas a debatir.

Deontológicamente pienso que el sicoterapeuta ha de estar disponible al sujeto que reclama atención o ayuda. Y si suponemos que alguien se está dañando o está degenerando sin darse cuenta, invitaremos a que esa persona dude de su estado y nosotros, psicoterapeutas «ESTANDO» con él, viviendo su supuesta «locura». Su ESTADO atípico o «anormal» y favoreciendo la aceptación de esta relación, potenciaremos canalizadamente su experiencia usando una metacomunicación, un metalenguaje que permita comprender «el lenguaje sicótico», y que el sicótico entienda su propio lenguaje. Pero para eso debemos ESTAR con el sicótico, y no OBSERVAR al sicótico. Debemos facilitarle un contacto, y no una etiqueta, un diagnóstico que no pide y que se vuelve contra él. Y quizás para eso el propio terapeuta... se deba haber aproximado a su propia locura, a su propio infierno. Porque como ya decía Freud, en 1937, existen elementos psicóticos en todas las personas. Y para acercarnos a ellos qué camino a seguir ¿las experiencias sicotrópicas controladas, propia orgonterapia personal para recorrer un viaje hacia su propia locura?... tenemos aquí otro tema a debatir.

Partiendo del análisis biosicosocial de la enfermedad y la salud de W. Reich y la escuela post-reichiana, vemos que la integración de funciones sicosomáticas en base a la adecuada pulsación celular bioenergética (contracción-expansión) y con un metabolismo energético de tensión-carga-actividad-descarga del excedente energéti-

co por la función del orgasmo —que permitiría hablar del estado funcional de salud— viene alterada por tres factores fundamentales, que instaurarán una coraza caracteromuscular defensiva de alteraciones mayores cayendo en crisis y en disturbios sintomáticos cuando el estímulo distresante es mayor que la defensa. O incluso como en el caso del sicótico, no pudiendo estructurar dicha coraza. A saber:

A) Predisposición genético-constitucional-bioenergética.

B) Historial objetal infantil.

C) Situación socioeconómica y afectiva actual, estando los tres interrelacionados pero con distinta prevalencia, según el caso.

Referente a la sicosis a sabiendas de como dice H. Ey: «Es cultural, pues hay culturas donde no existe», debemos distinguir tres situaciones:

A) Estructura sicótica. Yo débil y sin carácter estructurado que le permita defenderse de la angustia interna ni de la agresión externa contando sólo con puntos referenciales miméticos históricos actuales (padre) que le dan puntos de apoyo. Puede haber una cotidianidad normalizada, pero ser una persona que está en la cuerda floja, dependiendo mucho de la situación de su vida actual (vida social, pareja, madre...) para no caer en crisis. Observamos comportamientos miméticos, estandarizados. Percibimos baja densidad energética, inseguridad ontológica, «descarnamiento yoico», y poco «contacto», aunque en momentos puede tener una metacomunicación y una dinámica extraperceptiva particular.

Núcleo sicótico: En estructuras borderline, compensadas, con fuerte base reactiva-depresiva.

Crisis sicótica (esquizofrenia progresiva): Es lo que observamos en centros de salud, o urgencias, y en ocasiones en la privada. Empieza a haber un desmoronamiento de valores, pérdida de contacto con su «realidad» cotidiana, trastornos de la sensorpercepción, del pensamiento, de lenguaje, procesos delirantes (y desilusión) de la efectividad, conativomotores (estereotipos posturales) y un fuerte sentimiento de extrañeza (el pensamiento ya no es suyo), es decir, una situación escisiva del sujeto que vive el «yo descarnado» en término de Laing, con una pérdida de contacto con su cuerpo y una confusión-escisión entre la ex-

citación —sensaciones internas— y la auto-percepción: proyectos delirante. (Identificación proyectiva de Klein.)

Y el sujeto sufre, y mucho. Y ese sufrimiento es al que debemos enfrentarnos. Pero reconociendo la particularidad de ese estado, su lógica y desde su —esa experiencia—, para aprovechar la crisis y todo lo que puede aportarle, ir cerrando el agujero, ir integrando funciones, ir facilitándole el camino, por su propio infierno. Y no nos dediquemos necesariamente a cortar el proceso, a reprimir, a dormir un estado experimental tan rico, por las presiones sociales y nuestro propio afán normalizador.

ETIOPATOGENESIS:

Entrando en el primer punto del día, en los tres estados descritos encontraremos los mismos orígenes, aunque los síntomas se modificarán en función de la patogénesis. Así: A) con una predisposición genética constitucional-bioenergética con disturbio en la función pulsatoria celular (distress madre en vida intrauterina y parto postparto: ver estudios actuales de Sontang, W.; Hattunen y Niskanen y Sameroff y Zax).

Así como Navarro, Reich, Ferri, Konia, Pinguagua, Serrano.

B) Una historia infantil con muerte de la madre y/o del padre en período neonatal o madre autoritaria —padre ausente— (ver Nerfeld; From-Relchman, Federn, Pankow...).

C) Junto a una situación disturbante actual, p. e. un despido en su trabajo de siempre o separación-fuga de su mujer de toda la vida..., una persona tiene todos los números para la aparición de una crisis sicótica.

Y según cómo se modelen estas tres situaciones estaremos en un núcleo sicótico, en la estructura sicótica o en la sicosis esquizofrénica.

Como orgonterapeuta con la vegetoterapia caracteroanalítica Post-Reichiana tengo la posibilidad de, por las características de su actuación clínica, acceder con el paciente a vivencias pre-verbales, es decir, a la reactualización en el espacio terapéutico de emociones «puras, respuestas neurovegetativas fruto de movimientos expansivos protoplasmáticos del núcleo a la periferia a través de medios que facilitan esta abreacción neuromuscular, emocional y ordenada. Fundamentalmente debido a



la particularidad de la relación terapéutica y el empleo con una sistemática metodológica de movimientos neuromusculares que corresponden a expresiones emocionales en determinados momentos históricos. Estas emociones-experiencias son vividas conscientemente por el paciente en todo momento, pero no son fruto ni de la sugestión ni de un esfuerzo intelectual. A sabiendas de que en la vida intrauterina y período de separación-individuación (Mahler) las funciones síquicas se están estructurando —existiendo sicología, pero no siquismo—, tampoco habrá, al contactar con emociones de dicho período histórico, recuerdos vivenciales. Sí formación asociativa intelectual de un cúmulo de sensaciones internas. Y a sabiendas de que sí hay mundo emocional, y de que en el período de maduración e integración de funciones psicosomáticas y de coordinación orgánica, —a través de la integración estructural funciones no corticales-límbicas y viscerales (neocórtex-sistema diencefálico-hipofisario)— cualquier experiencia que al biosistema del organismo intrauterino o extrauterino le suponga defenderse-contrarse-retirar energía de la periferia-absorber la carga de angustia, impedirá una integración adecuada de las funciones pero no el desarrollo de éstas. Qué es lo que observamos en la psicosis: no hay alteraciones mecánicas de la función pero sí una disociación, una desintegración existencial, una escisión perceptiva. Una diferenciación yo-no yo en muchos momentos, a partir de que no hay yo porque no ha habido otro, en el momento del desarrollo yoico. Si bien algunos de estos momentos emocionales los encontramos en el espacio terapéutico, tanto en personas con una estructura sicótica (sin valoraciones éticas, ni comparaciones de mejor o peor que la neurosis...) como en estructuras borderline y en neuróticas. Cada una en mayor o menor medida correlativamente, porque su momento histórico de freno del impulso se produce en momentos más tardíos (fase oral-momento edípico en dichas estructuras), pero siempre hay prevalencias. Y se da de forma particular en la E. sicótica, y se está dando ya en la crisis sicótica de una forma caótica y excesivamente fuerte —para en muchos casos abordarlo sin la ayuda parcial y temporal de los neuroelépticos como luego veremos. Pero esta experiencia terapéutica nos permite comprender —junto con nuestra propia experiencia terapéutica personal— los procesos sicóticos. Digo proceso, por que si evoluciona, si seguimos el viaje regresivo-evolutivo la maduración se produce y la estructura se unifica, el yo se encarna en unas coordenadas espacio-

temporales interiorizadas por un sentirse en —el cuerpo— siendo mi cuerpo.

Describo brevemente algunos trazos de la E. sicótica: En un corte longitudinal analítico, usando la terminología de mi colega Ferri, se observa una baja densidad energética del propio yo, hiperorgonoia, hipotonía motriz, que se concreta en un corte transversal-corporal en: A) bloqueo diafragmático arcaico y primitivo (intrauterino), bajo nivel de pulsación vital, y un bajo nivel de respiración (estudios de Haddkins: reducción de nivel metabólico basal); B) un bloqueo principal del primer segmento (ojos, nariz, oídos) que denota una hipertensión occipital provocando una contracción muscular local en la base del cerebro, concretamente en el polígono de Willis de las arterias basales provocando una falta de pulsación neuronal y un disturbio funcional cerebral con descordinación del sistema de integración funcional cerebral (Luria), afectando al quiasma óptico con la consiguiente disolución sensación (excitación) y percepción (demostrando por Holtzman en cuanto que hay un fracaso en la sincronización inhibitoria de los sistemas de integración: experimento péndulo) que va acompañado de una hipersensibilidad sensorial con la consiguiente hipersensibilidad a los receptores dopaminérgicos —efecto del haloperidol—, como consecuencia de la desorganización funcional hipotalámica hipofisiaria en relación con el S. N. C. y vegetativo que junto a la disminución de la pulsación y a hipooxigenación va favoreciendo un proceso degenerativo y progresivo. Por eso en la esquizofrenia hablamos de biopatía, pues es un proceso multifactorial en cuanto que afecta a la función unitaria con una dinámica degenerativa: Recordemos que los neuroelépticos tienen una acción bastante específica sobre el complejo del cuerpo estriado (base cerebral). C) Y junto a esto, y como consecuencia, un campo orgonótico-energético difuso (aura fruto pulsación-luminación) y extenso, no se vive en los límites de la piel: percepción extrasensorial en relación con la glándula pineal-melatonina percepción a través excitación campo orgonótico (fenómenos místicos de alteración de la conciencia: triptofano...).

1. Predisposición genético-bioenergética de la célula esperma y óvulo —la blastulación, proceso de mitosis y la calidad del ecosistema materno a partir de la anidación.

Los impactos hormonales-emocionales, la espasticidad del útero —séptimo segmento de la coraza de la madre— repercutirá directamente en el biosistema del organismo intrauterino.

2. Posteriormente parto y contacto epidérmico continuación o separación de la madre en cuanto feto «nacido», pero parte del cuerpo de la madre todavía.

Perturbando funciones básicas que tendrán como consecuencia la alteración de funciones síquicas.

Por eso la sicosis no es un trastorno mental, sino funcional sistémico. La esquizofrenia no es una enfermedad psicológica, es una enfermedad biofísica que abarca también el aparato síquico. (Reich). El núcleo sicótico se formará fundamentalmente en los momentos extrauterinos de maternage: impedimento de la distinción del yo-no yo a través del objeto parcial-total y de la satisfacción función orgasmo oral. Por ello —siguiendo a Waelhens— el sicótico no accede al edipo sino como reflejo socio-cultural. Mientras que el neurótico no sale nunca de él.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

Lógicamente, el «pasar» el proceso «sicótico» supone vivir el estado sicótico graduado a pequeñas dosis sin desbordar la realidad del sujeto sin que se vuelva contra él mismo. De ahí el discurso profiláctico-terapéutico: el cuestionarse cada uno de nosotros la posibilidad de realizar una terapia profunda y sistemática —¿hiere esto nuestro narcisismo?— «¡¡Pero si yo estoy muy sano!!...».

En la crisis sicótica se necesita tiempo y capacidad del profesional. Ambos exigen inversión económica (horas de la institución y del clínico tanto en asistencia como en formación e investigación). Y el miedo a la locura hace que no se dedique dinero a esto, con lo que la labor en los centros públicos es muy limitada. Veremos luego la alternativa de actuación.

En la clínica privada con tiempo-preparación, con capacidad de contacto y con la colaboración de alguna institución o/y elemento familiar (abordaje sistémico-familiar), partiendo de mi experiencia y la de mi Escuela, estoy de acuerdo con Reich cuando decía: «la orgonterapia puede aplicarse con éxito a ciertos casos de esquizofrenia cuando todos los demás métodos fracasan».

Media de tratamiento 5-6 años con dos sesiones semanales el primer año, 90% resolución crisis. Dentro ya del proceso: un 60% proceso neurotización.

INTERVENCION CLINICA:

- Privada.
- Pública.

Privada: Necesitamos un lugar, para el viejo metanímico del proceso sicótico (Laing), para la progresiva estructuración yoica caracterial (neurotización) (W. Reich-F. Navarro).

Una comprensión del lenguaje sicótico-expresivo-emocional-energético (Laing-Reich) y una relación que favorezca la sicosis transferencial (Searles) que yo prefiero llamar vínculo transferencial y de resolución de la posible contratransferencia sicótica (Etchegoyen-Winnicott). Dentro de un espacio terapéutico donde, dándonos tiempo para un diagnóstico diferencial, utilizando parámetros referenciales de las relaciones objetales históricas del individuo, y parámetros del grado de estructuración de funciones y segmentos musculares bloqueados (somático-corporales), y la propia respuesta víscero-afectiva del terapeuta (contratransferencia) para evitar confusiones con procesos histeroactivos, por ejemplo (bastante frecuentes), facilitamos un encuentro ordenado en unas coordenadas espacio-temporales concretas, que permiten un proceso terapéutico, un proceso de crecimiento.

En este proceso la actuación con la sicosis y digo la sicosis (y no las sicosis, siguiendo la idea del doctor Navarro de que aunque con diversas manifestaciones estructuralmente no hay diferencias), desde una óptica post-reichiana existirían unos factores primordiales en la actuación:

A) Facilitar la cercanía y la empatía energético-corporal con una actitud de maternalidad (Racamier) estructurante un espacio cálido, uniforme, «uterino» que le permite relacionarse con su forma objetal primitiva (Tausk, Rank, Serrano).

B) Si vemos necesario el neuroléptico, entrará dentro de este tipo de relación en cuanto prolongación del cuerpo del terapeuta así como otros objetos que el paciente coge o pide al terapeuta de la consulta («objetos transicionales», Winnicott) en un momento posterior.

C) Compromiso del terapeuta (contratransferencia) que a pesar de lo dura de

esa tarea de «crianza primitiva» (odio de Winnicott) de dependencia por un tiempo indeterminado y con una disponibilidad extraterapéutica muy grande (teléfono personal... rompiendo esquema de la relación terapéutica), asume la continuidad del proceso. El cual, en la fase de neurotización será interesante derivar a otro terapeuta para evitar mimetismos referenciales, como afirma Navarro.

D) Contar con un apoyo afectivo exterior por parte de un amigo o familiar en contacto con el terapeuta, siguiendo a Reich y a Federn que hacían incapié en que fuera una mujer.

E) Contar con la posibilidad de residir en una comunidad terapéutica u hospital abierto donde sigan las directrices del terapeuta. Con la finalidad de separar al paciente del núcleo familiar en el período en que no es capaz de integrarse-situarse en éste, reactivando experiencias que agudizan su escisión por su propia debilidad yoica (Federn). Si esto no es posible habrá que utilizar una estrategia terapéutica familiar, a sabiendas de que su nueva «familia» se va gestando en el espacio terapéutico por el proceso de vínculo transferencial, para no impedir este proceso. Siendo autoridad aliada con la familia. Sobre todo porque el cambio del sicótico altera la «estabilidad» de los miembros de la familia con posturas reactivas para defenderse de su propio temor a la desestabilización.

F) Dentro del tiempo de la sesión individual, junto al empleo del lenguaje desde la óptica metacomunicacional, y como medio para facilitar esa «anidación uterina», que le permitirá dejar estímulos externos favorecedores de la escisión, también emplearemos medios que entran en contacto directo con su estructura corpórea-energética. De estar sentados con la mesa a estar sentados frente a frente —a estar frente a él y cerca de él que está tumbado en el diván—. Contacto epidérmico progresivo y acompañado de acciones neuromusculares con los oídos, y ojos del paciente, en la tradición ortodoxa reichiana de la vegetoterapia caracteroanalítica con la sistemática elaborada en la S. E. Or., por Federico Navarro, bajo el auspicio de Ola Raknes.

Así, por ejemplo: abriremos y cerraremos los oídos del paciente con nuestra mano (estímulos que facilitan acceder a la formación reticular-centros segmentarios de la médula espinal, conexión hipotalámica-tálamo-límbico y corteza tonificando los músculos de la respiración y

reduciendo la presión arterial del polígono de Willis. Reactivando al mismo tiempo la vivencia de maternage en una matriz acogedora); indicaremos al paciente que focalice la luz de una linternita que nosotros sostenemos a la altura de sus ojos, estando abierto a sus sensaciones. Es decir, siempre sujeto activo con la actividad del terapeuta. Cosa de dos: Simbiosis objetal. Por medio de esta acción («Acting») provocamos una inhibición de la melatonina (segregada por la glándula pineal) presente en las alucinaciones esquizofrénicas (que se ve estimulada por la luz), y a través de ésta con el quiasma óptico, una respuesta equilibradora del sistema hipotalámico-hipofisario. Como en todos los «actings», relacionamos: la respuesta neuromuscular con la respuesta neurovegetativa-neuro-hormonal con la excitación del núcleo energético plasmático celular que facilita el aumento del nivel de pulsación celular, la expansión vegetativa, el aumento del nivel de carga bioenergética y el proceso gradual de funcionalidad encefálica al trabajar insistentemente sobre el primer segmento. Que como hemos visto es la base neuromuscular del disturbo esquizofrénico al haber una disfunción de los telerreceptores. Dinámicamente hablando vamos favoreciendo un investimento libidinal por todo el cuerpo del sujeto (se denota en cambios vegetativos de aumento y distribución de temperatura, coloración de la piel, tono muscular); de la zona cefálica a la caudal, del objeto primitivo al objeto parcial y de ahí al objeto total con la diferenciación yo-no yo. Cosas mías y cosas de mi terapeuta. De la sicosis al neuroticismo que supone la estructuración de defensa en contacto con la realidad circundante:

No ejercemos «acciones sobre el cuerpo del paciente» sino que estamos con él, respetando su ritmo biológico, y con un abordaje personalizado aunque con una visión metodológica común.

Como veremos hay una actuación biofísica, donde la palabra va sirviendo de medio de acceso a lo simbólico con una racionalidad y una integración con sus sensaciones, un «encarnamiento» yoico, donde el verbalizar y no sólo el hablar toma fuerza y concreción.

G) No se realizará normalmente análisis del carácter ni de la resistencia, pues no hay resistencias en el sentido síquico del término. Hay reacciones al pánico de sentir su pánico. No desestructuramos la coherencia como en la neurosis, sino que facilitamos la estructuración movilizándolo los núcleos estáticos de la base del cerebro y

aumentado la carga visceral-diafragmática, es decir, facilitamos su comprensión de lo que «ocurre», a partir de sus expresiones y de su progresiva capacidad de «comprensión».

H) A partir de que se ha creado el vínculo terapéutico se deben combinar el proceso con la audiosicofonología (método del doctor Tomatis que trabaja con sesiones de escucha con sonido filtrado para favorecer la acción auditiva que veíamos antes).



Y las sesiones de acumulador de orgón de probada eficacia, al favorecer la pulsación plasmática celular del paciente.

Pero todos estos medios no son eficaces si no es al interior de la relación terapéutica, que es como vengo insistiendo en toda la charla el medio fundamental. Y repito, en ello está la implicación del propio profesional de la salud. No puede haber evolución de la sicosis hacia un estadio de maduración si no es mediante la reactivación de la relación objetal primitiva. Y quizás, para tener el terapeuta esta capacidad de contacto-empatía, tenga que vivir su

propio proceso «Sicótico» al interior de su propia Vegetoterapia caracteroanalítica con un Orgonterapeuta cualificado.

I) A sabiendas de las causas que provocan la disociación sicótica y la fijación en el mundo anobjetal, el discurso de la PROFILAXIS EN LA PRIMERA INFANCIA ES DECISIVO para el Orgonterapeuta. Si bien existe una satisfacción porque en 5 ó 6 años de terapia el sufrimiento sicótico se transforma por el bienestar y la satisfacción de una persona que pasa a ser «sujeto de la historia», con los límites sociales vigentes, lo es mucho más cuando ponemos los medios para que el futuro animal humano no se quede anclado en ese estadio primitivo. Y para ello en nuestra Escuela trabajamos con las parejas embarazadas, con el parto Reich-Leboyer-Odent y con la supervisión de niños en la familia. Esto debe de ser algo retomado a nivel de instituciones. Pues se puede evitar la SICOSIS.

Dentro del TEMA DEL TRATAMIENTO EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL, lo dejo para la mesa redonda, pero resumo lo fundamental:

Es posible, a partir de la referencia terapéutica descrita y contando con la capacidad del profesional (a nivel de conocimientos y de propia situación existencial-ontológica energética) realizar una labor positiva en el campo público con la sicosis. Contando con un tiempo limitado y unas condiciones limitadas. Que tenían que dejar de serlo, como primera reivindicación. Pero aún con límites, se debe, a través de la relación terapéutica y del contacto-empatía tal y como hemos descrito, llevar una labor referencial-mimética temporal que permita al paciente salir de la crisis y tener la posibilidad de verse enriquecida por la misma. Y a partir de ahí que el propio paciente decida la posibilidad de profundización.

Pero en los centros de salud será con el abordaje familiar y en el medio del paciente como deberemos también contar. Y por supuesto con el discurso profiláctico. No sólo actuación con el sicótico, sino la actuación para evitar el estado y la estructura sicótica.

Y para terminar a este respecto recuerdo la labor de un centro de salud mental en Taormina (Sicilia) donde bajo la dirección del doctor Glielmi Nicola, funciona un centro experimental de sicoterapia reichiana, público, y en una zona extremadamente conflictiva desde hace dos años.