

Sobre las configuraciones obsesivas en el carácter compulsivo

Jerónimo Bellido

Orgonoterapeuta. Miembro de la ESTER (Escuela Española de Terapia Reichiana). Miembro de la SEOR (Escuela Europea de Orgonoterapia). Miembro del consejo de redacción de la revista «Energía, carácter y sociedad»

Si la neurosis reenvía al síntoma y a su sentido, el carácter, por contra, nos remite al valor (economía sexual) de la resistencia.

El Yo-cuerpo se configura en la mecánica defensiva de la resistencia, de forma que todo el empeño libidinal está puesto en ello para no ponerlo en otro lugar; en otro lugar donde el devenir libidinal se constituiría de otro modo.

Mientras que la inhibición está al servicio del síntoma (Freud), la resistencia beneficia la formación del carácter por cuanto que lo constituye de una forma determinada, que es ésta, y no otra, por más que el sujeto quiera proyectarse en un devenir imposible (por su propia incapacidad) y por ello siempre idealizado.

La resistencia nos «habla» de la necesidad del paciente de aferrarse a ella para estructurarse caracteromuscularmente (y no de otra manera) y en cuyo análisis (de la resistencia) encontramos los trazos de la necesidad económica libidinal de repetirla indefinidamente.

El síntoma traspasa la barrera de lo psíquico, pero la defensa caracterial nos permite elaborar la constitución de las formaciones musculares (coraza) en acorde a sus contenidos psíquicos, las cuales tienen como función retener al sujeto en el síntoma para evitar el acceso a una posible genitalización; por ello podemos, aquí, insistir en la *funcionalidad* de la vegetoterapia caracterioanalítica: ir más allá del síntoma (objetivo de la cura) es poder liberarnos de él gracias a la abrección neuro-muscular, pero dinamizando el valor de la resistencia porque gracias a ella podremos acceder al material inhibido que hasta ahora, inconscientemente, di-

ficultaba la expresión de la emoción.

A diferencia del síntoma, el rasgo del carácter es sintónico gracias a que está fuertemente racionalizado y se pone al servicio de ligar la angustia flotante en la coraza caracteromuscular, la expresión de la defensa narcisista.

La energía del conflicto ha quedado ligada a la estructura del carácter y el objetivo es entonces liberarla por más que el paciente adquiera un conocimiento-toma de conciencia (punto de vista topográfico) y capte el conflicto (punto de vista dinámico) porque le faltará el motor para el cambio, los impulsos libidinosos en la estructura del carácter. El carácter tiene una estructura más compleja que el síntoma.

Las referencias a la clínica quizá nos orienten a ilustrar lo que se plantea.

Se trata de un paciente de 25 años muy angustiado frente a las demandas amorosas-relacionales de su mujer a las que no sabe cómo responder, de qué forma integrarlas, cómo hacerlas suyas y cuya respuesta más inmediata es la instalación en lo indecible, la confusión, la duda. Habla una y otra vez repitiendo sus demandas, construyendo casi las mismas frases formulando el mismo deseo obsesivo.

La lectura corporal presenta un cuerpo voluminoso: hombros confundidos con el cuello (hombros «de boxeador») que denota una textura psíquica y somática de desconfianza, temor al mundo exterior, repliegue sobre sí mismo. Acostado en el diván aprieta las nalgas violentamente contra la pelvis, ejerciendo de este modo una retención esfinteriana al contraer la pelvis, pero también

el abdomen: lo confirma su andar lento, parsimonioso, con los pies dirigidos hacia el interior cuyo síntoma más inmediato es la fuerte contracción en la región lumbar, pero que se extiende en el mismo impacto contráctil, hasta las rodillas. El tórax está hinchado sin posibilidad de respiración profunda, que sintomatiza la dificultad de resolución de su identidad sexual.

La instalación del sujeto en la duda lo sitúa, lo *instala*, en la estructuración caracterial de inhibición, pero sobre todo de *retención*: retiene la palabra, el momento, porque sabe que gracias a la palabra domina al terapeuta como domina todo lo suyo, su mundo psíquico y a cuyo empeño ritualizado somete a su propio cuerpo con una serie de tics de postura que alivian su angustia ante el temor de descontrol (pelo en su sitio, espalda bien «encajada» sobre el diván, meticulosidad en la pose, etc.); gestos simbólicos que «hablan» del sujeto, que se refieren a su actividad sexual autoerótica, masturbatoria, pero eso sí, de forma disfrazada y no reconocible.

Entonces llevada por la sesión al terreno de la palabra, evitando la participación en el acting, es porque el acting (aunque no reconocible en un primer momento) por su implicación pulsátil, sitúa al sujeto en el lugar del movimiento del des-control, por consiguiente; terreno hacia el cual siente verdadera angustia porque lo vive como una línea de «fin de mundo», línea fantaseada como portadora de displacer; lugar fuera del dominio de control a cuya estructuración caracterial sólo puede situar su referencia intra-psíquica. Así pues, instalándose en el lugar de la palabra, se ins-

tala en el lugar del control acorde a su estructura caracteromuscular obsesiva, en donde maneja mejor la relación trasferencial; y maneja el discurso, pero también el *silencio*. Esta repetición, bajo el signo de la pulsión de muerte, sitúa al paciente frente a una demanda de amor hacia el terapeuta, que nos da el estilo de relación del obsesivo con el Otro y cuya configuración inconsciente, en la dinámica terapéutica, puso de manifiesto repetidamente Reich, en la transferencia positiva como encubridora de los sentimientos hostiles hacia el terapeuta.

¡Que el silencio sea la modalidad sádica de relacionarse no se explica como único rasgo de carácter, porque también están presentes la ambivalencia de sentimientos, la dificultad frente al compromiso, la contención, la suspensión: por ello los silencios entre-cortados dentro del discurso, con sus pensamientos obsesivos y su temática focalizada (rumia) tienen su razón de ser en la pretensión de dejarlo todo en el aire, en suspense, sin recurrir a ninguna decisión (lleva varios años rumiando si se separa o no; si le será perjudicial o no; si está maduro o no para semejante decisión).

El análisis de la resistencia y la elaboración de la instalación en dicho asentamiento estructural, en esta organización pre-genital (que decía Freud) nos evidencia el valor de tal «fijación» (por no decir testarudez) como signo para el paciente de aquel que se coge —en lenguaje popular— a un clavo ardiente. ¿Cómo dejar, así pues, un registro del cual se tienen todas las referencias?, ¿qué sentido tiene y por qué abandonarlo, en suma? y ¿en nombre de qué o de quién?

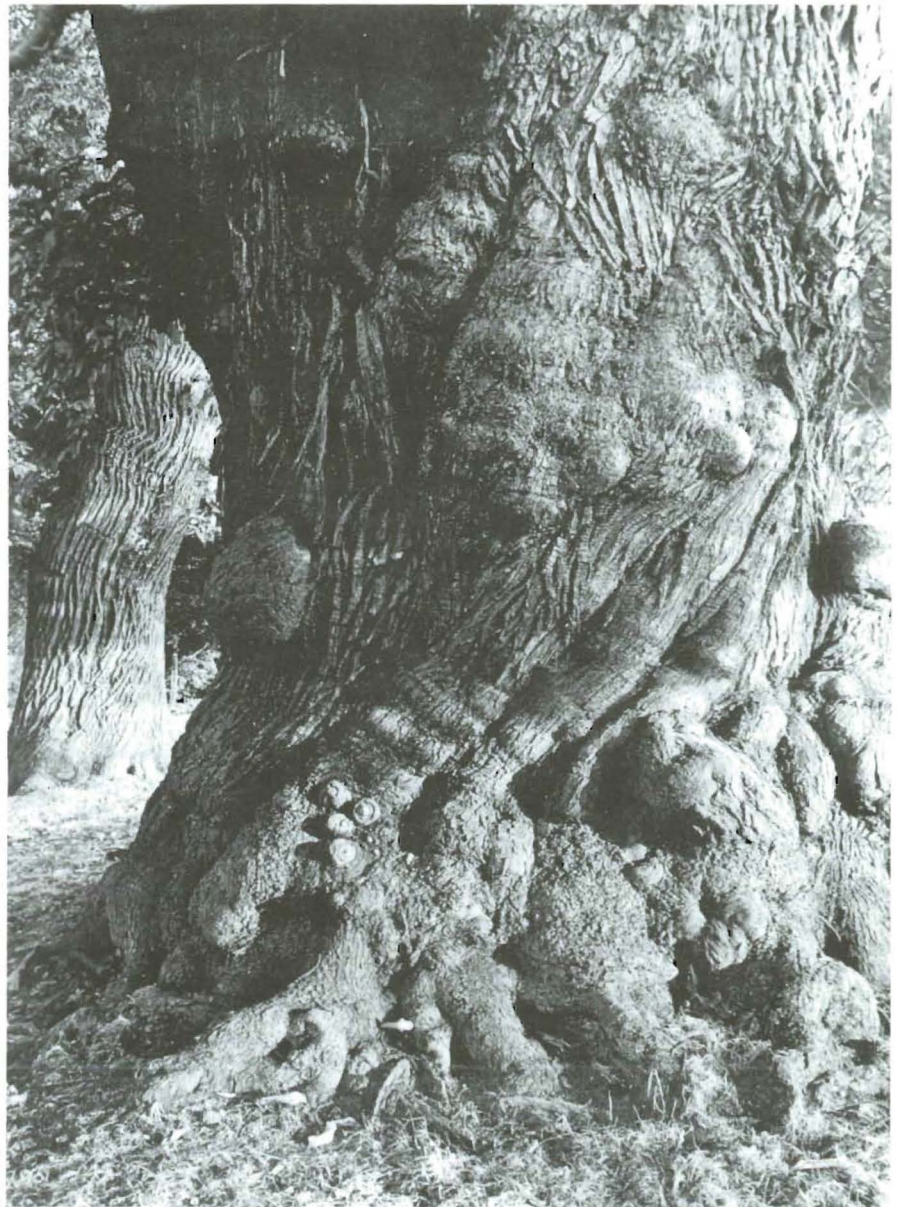
El manejo de la transferencia permite situar la resistencia en el agarradero de lo indecible, de la duda, de la rumia, para retrasar el compromiso con el deseo, con todo aquello que conlleve un ápice de movilización vegetativa, con la expansión, susceptible de romper, en gran medida, la repetición obsesiva. Por eso la instalación en el discurso hace prosperar la resistencia en el sentido que conjura —una vez más— la angustia de castración.

El paciente sitúa a su madre en el lugar del amor inalcanzable y a su padre en el lugar de la incompreensión: se siente incomprendido por él (homosexualidad latente), sin embargo sólo puede tener una satisfacción

sexual cuando se masturba pensando en las chicas jóvenes con las que le gustaría hacer el amor (y a las cuales nunca se atrevería a «ligar»), con lo que se justifica su asentamiento en el erotismo anal; ¡al menos en sus fantasías masturbatorias domina a las mujeres, las maneja a su antojo, en acorde a sus fantasías de «manipulación» (rol activo-sádico)! sin pasar, necesariamente, por la rivalidad con su padre (ambivalencia) y de paso «lo jodo», como él dice, porque puede desear a las mujeres que quiera sin su permiso: la paradoja reside en escuchar la queja continuada contra el padre cuando repite su misma historia —aquella que pretendía corregir— de forma que no se permite ninguna aventura amorosa

sin el beneplácito del padre. Además carece de iniciativa, se limita a su trabajo didáctico estrictamente: actitudes que siempre ha reprochado a su padre y ahora él las repite, esto nos hace pensar en el mito del neurótico —desarrollado a partir de la identificación con el padre— como una novela familiar (Lacan).

Recuerda que cuando empezó a salir con chicas (en la pubertad) sentía un deseo «sádico» de poseerlas, de violarlas, pero sin embargo era incapaz de acercarse a ellas para entablar amistad (fantasías que siempre le han acompañado desde entonces). Dichas fantasías tienen un componente *fálico*, que acompañan el sentimiento de inferioridad que siempre ha sentido, y que a la vez



despiertan compensaciones narcisistas bajo la forma de formaciones reactivas éticas y estéticas (Reich).

Confusión de sentimientos en donde se mezclan el amor y el odio: observamos entonces, como el diafragma, una vez más, funciona como catalizador, línea divisoria que «habla» de la dificultad en asumirlos; más bien diríamos hoy, de situarlos en el lugar adecuado del Yo-cuerpo donde poder ser mejor metabolizados; pero al quedar, por el contrario, «suelto» (a causa del bloqueo diafragmático) continúan inconscientes (sobre todo los sentimientos de amor hacia el padre) y mantienen el estasis libidinal, expresándose en la relación transferencial con sugerencias verbales de una gran demanda de amor hacia el terapeuta: queja y demanda (de amor) que une al carácter compulsivo con el masoquismo. Esta correlación con el resultado de la angustia (de castración): La queja masoquista bajo la demanda exacerbada de amor, gratifica la necesidad de castigo (por parte del padre) y alivia la queja genital con una autocasación imaginaria (Reich).

Al mismo tiempo y en correlación, el estasis libidinal provocado por el bloqueo diafragmático alimenta la ansiedad, que no es otra cosa que el miedo ante la emergencia de un peligro fantaseado. Al hallarse trabada la circulación de la energía se produce una sobre-carga en la parte alta del cuerpo (hombros-cuello muy tensos en permanencia; brazos retenidos como conteniendo el deseo de golpear), lo que facilita la contención; mientras que en la parte baja, por debajo del diafragma, tiene lugar una agitación continua (trabajo energético-muscular puesto al servicio de la contención).

La necesidad de situarse del lado de la verbalización, que comentábamos, cual locura o «borrachera» de frases sueltas (repetición) encubre la dificultad de situarse en una identificación sexual satisfactoria, de modo que se muestra «lúdico» (o así lo da a entender, al reconocer que no funciona con su mujer, por ejemplo) pero con el fin de pasar por alto el bloqueo de los ojos, en particular del ojo izquierdo, que nos remite (en la que concierne la lectura del cuerpo y apoya el análisis antes corroborado) a su dificultad en integrar su parte femenina y que tiene su lógica caracterial, en el sentido de la resistencia, pues, reconocida, lo situaría frente a la castración, ante la cual

caractero-muscularmente se encuentra suspendido.

Esta represión focal de una mitad o de una parte del cuerpo es correlativa a las actitudes psico-sexuales porque las actitudes conscientes e inconscientes no están en el aire; lejos de ello, se desarrollan en el cuerpo acarreado actividades orgánicas que podemos hallar vinculadas con los procesos de las actitudes generalizadas y focales. La estructuración de la imagen corporal, conlleva la correlación de la percepción con la transferencia de las sensaciones hacia una parte del cuerpo (en este caso hacia el lado derecho con un claro predominio), de modo que el campo libidinal y emocional ponen en juego la representación psíquica y somática de una imagen masculina muy valorizada, pero cuya estructuración libidinal corresponde «mimeticamente» a la ambivalencia de sus sentimientos hacia el padre (angustia frente a todo tipo de actividad motora, pero actividad psíquica en las fantasías sádicas de violación) (Schilder). Como la descarga de la energía psíquica no puede realizarse por medio de la acción, el camino está barrado y otra vez vuelve el paciente del lado de las representaciones, de modo que el estasis libidinal favorece la parálisis de la acción en beneficio de la construcción de ideas obsesivas: El bloqueo ocular es entonces la defensa momentánea de aquello que no quiere ver y es su miedo obsesivo.

El acceso a la verdad se correlaciona con su negación obstinada a verla y también con la desconfianza, en el marco de la transferencia.

Observamos entonces cómo *progresivamente*, siguiendo el ritmo del paciente y ciñéndonos tanto al método *pedagógico* como *analítico* (propuestos por Reich) en la dinámica terapéutica, la abreacción neuromuscular ya puede ser resentida como una liberación, permitiendo situar al paciente del lado de sensaciones novedosas, y que al ser verbalizadas entroncan con la dimensión de un «más allá», porque hablan de aberturas somáticas, de respiración profunda, de posibilidades de mejor evacuación, de expresión de la agresividad de manera más directa; el esquema corporal también se ve afectado: las nalgas se separan, las piernas ya pueden dejarse llevar al movimiento involuntario, por lo que la pelvis toma otra configuración (más del tipo «longilíneo») y también

el modo de situarse en el espacio varía, así como también la forma de andar.

Esta posibilidad de acceder a una dimensión estructurante, dominada por la expansión vegetativa que conlleva un grado importante de genitalización, testimonia el correlato libidinal precedente, es decir, la «fijación» pregenital (anal) a cuyo espacio somato-psíquico el paciente recurría compulsivamente ante el miedo que le procuraba la movilización pélvica y que ahora (y ya retrospectivamente) puede reconocer e integrar como manifestación orgástica del cuerpo, en su vertiente reguladora de la contracción-expansión. La posibilidad de acceso a dicha apertura genital, vivencia la emoción, pero también conlleva la capacidad en el paciente de familiarizarse con las manifestaciones convulsivas del cuerpo, del orden de su propia naturalidad.

La resistencia está presente en todos los caracteres, pero es la instalación de la resistencia como defensa intrínseca frente a la angustia de castración, frente a todo tipo de movilización pélvica, lo que la caracteriza y le da el toque original al carácter obsesivo, por cuanto que la regresión tópica es proporcional al grado de intensidad genital vivido (no podemos olvidar que las formaciones obsesivas se forman alrededor de una sensación sentida anteriormente como placentera) de manera que el sabotaje a toda posibilidad de elaboración camufla toda posibilidad de compromiso con el objetivo de que las cosas permanezcan inmodificables.

La adhesión a ese mecanismo repetición-compulsión obtiene su expresión a través del principio del placer (beneficio secundario del síntoma); no obstante, este estado de labilidad no es arbitrario, sino que se corresponde a un arreglo sobreimpuesto de los significados de la angustia y sus fuentes. Aunque la angustia no es el rasgo característico de la neurosis obsesiva, la podemos encontrar, también, con los síntomas histéricos. Su elaboración muestra a menudo que la libido se fija en la estructuración anal-sádica (con el investimento de los objetos aquí sublimados), lo que estimula el desarrollo de la angustia histérica, retirando (o recubriendo a modo de cobertura) la posición obsesiva que la refuerza, llegando incluso a un estado oral-melancólico: el aborto del

movimiento genital hacia adelante es seguido entonces por mecanismos orales de introjección.

Que el síntoma obsesivo sirve para conjurar la angustia ante el deseo genital, lo vemos en aquellos casos en donde empieza a haber una resolución de los síntomas obsesivos y, sin embargo, antes de que tenga lugar una mejoría, se desarrolla una angustia histérica: movimiento voluntario y sopesado de la pelvis con el objeto de «seducir» al terapeuta, que denota la voluntad a ultranza de ser reconocido, de tener asegurado su amor y a cuyo fin está destinado el hacer «bien» el acting.

Ésta es la versión actualizada de la angustia histérica experimentada en la niñez: el deseo de la fase genital estimula de nuevo la angustia, pero nos encontramos entonces con la histeria de tipo oral (en cuyo caso el asma bronquial es un síntoma muy significativo) porque el «peso» de la estructuración caracteromuscular es ambivalente, el bloqueo torácico sitúa al paciente de nuevo ante las dificultades de resolución definitiva de su identificación sexual.

Sobre el modelo de este carácter en el adulto, observamos la constitución de una neurosis infantil constituida de forma indirecta al interior de las relaciones (obsesivas) de los padres: quiero aquí resaltar el caso de un paciente en cuyo discurso predominaba el peso con el que había vivido durante su infancia, peso que hacía referencia a la angustia presente en el tipo de relación mantenida con su madre, cuya fobia no era otra que el temor a estar «contaminada» (angustia a ser «ensuciada» por el semen del hombre): el sujeto, así pues, sólo concebía un único modo relacional con su madre que era a su vez —al funcionar al interior de la estructuración obsesiva de la madre— el temor constante a no «contaminarla». Dos elementos particulares contribuyeron a la resolución de su constante jadeo y al acceso a la simbolización: el poder gritar contra su madre (a través del acting, apropiado) sin sentimiento de culpa, lo que reforzó sus sentimientos masculinos-fállicos y, al disolverse en parte la angustia de castración, poder reconocer el deseo genital inconsciente hacia ella, que se acompañó de fantasías en las que «la contaminaba y estaba bien hecho (por ella)».

Sobre el modelo de esta neurosis del adulto observamos la constitu-



ción de una neurosis infantil más embrionaria que servirá de modelo o núcleo para aquella.

En el carácter histérico encontramos también los mismos mecanismos de inhibición y de represión, pero las formaciones de conversión nos ponen en presencia de formaciones caracteromusculares más lábiles y evidentes, mientras que las formaciones obsesivas del carácter compulsivo forman configuraciones variadas, aunque predominen rasgos que tienen el mismo denominador común; sin embargo, estas formaciones caracteriales compulsivas nos hacen prestar más atención hacia formas de resistencia en donde el inconsciente aflora, tanto bajo formas caracteromusculares definidas como a través de la palabra (como resistencia frente al reconocimiento del deseo) y más particularmente del discurso pormenorizado.

Este desplazamiento que explica no ya el asentamiento del paciente en la duda, sino más bien la indecisión, la retención (contracción) nos permite comprender el sentimiento de amor (dominado por la desconfianza, lo que denota el clivaje del Yo) en la transferencia: sitúa una vez más al paciente frente a su manera de relacionarse con el mundo.

Anita es una mujer joven que cuando llega a la consulta me inspecciona y a su vez inspecciona toda la habitación «poniéndolo» todo en orden con sus ojos: le crea una gran angustia ver la menor cosa fuera de su sitio y me lo hace saber a través de frases que hacen referencia a si la silla está en el sitio oportuno,

si mis calcetines están bien puestos o no, etc.: sesión tras sesión el mismo arreglo de las cosas a través de sus ojos se repite.

Acostada en el diván me lee sueño tras sueño para dejarme luego los papeles donde estuvieron anotados: instalada en la verbalización compulsiva sólo puede relacionarse conmigo a través de la angustia que procura la posibilidad de sentir sus genitales internos: cavilaciones obsesivas en concordancia con sus contenidos ideativos que plasman el modo de relacionarse transferencialmente: si el terapeuta es un «madre fálica» y le teme como a tal es porque, en su imaginario, tanto los hombres como las mujeres son portadores de un falo que le pueden malograr.

Siguiendo con el análisis de la resistencia, sabemos el interés puesto por Reich en ella, al señalar que en un principio no se liberan impulsos genitales (positivos) sino tan sólo agresivos: La energía agresiva está ligada al bloqueo afectivo con ayuda de energías erótico-anales.

Esta mujer presenta una coraza muscular de extrema rigidez, de forma que todo su cuerpo (en especial el diafragma y los músculos de la pelvis, así como los hombros y la cara) presenta un estado de hipertonía crónica. Fisionomía *dura*; en especial su cara, nos hace pensar en una máscara. Metafóricamente, podríamos decir, que la tensión de sus músculos se asemejan a una cuerda de guitarra extremadamente tensa (presta a romperse al menor contratiempo) pero, por consiguiente, con

una gran dosis de tensión muscular para preservar el frágil equilibrio.

El Yo toma de las capas reprimidas las tendencias anales de contención y las utiliza para defenderse de los impulsos sádicos. Mientras que en el inconsciente la analidad y la agresividad van juntos, en la defensa adoptan actitudes antitéticas: la contención, la analidad funciona, entonces, como defensa contra la agresividad y viceversa. Significa que no podemos liberar las energías anales, al menos de disolver el bloqueo afectivo (Reich).

Desde el punto de vista caracteromuscular, el caso de esta paciente, concuerda con los contenidos psíquicos descritos, en el sentido que presenta un bloqueo diafragmático intenso y continuado (crónico) dando una configuración encorsetada. El diafragma instaura el corte: «allá abajo la pelvis, en donde anidan los genitales, también las nalgas y sus significantes: la suciedad, los malos olores, lo feo, lo sucio; «aquí arriba», por el contrario (en la cabeza-cuello-nuca) los ideales (ideal del Yo) para escapar de la actitud del cuerpo. La paradoja radica en que quiere vivirse alejada del cuerpo (en ello radica la razón de ser de las formaciones obsesivas), de sus manifestaciones «sucias» (alejada del sudor, las excreciones, los fluidos, los aires, las ventosidades: de adolescente llegaba a estar sin ir al servicio hasta quince días) y al mismo tiempo la necesidad de sublimarlas a través de construcciones reactivas en donde el orden exacerbado y la pureza de su persona (se vive como persona única, original, casi divina) alivian el pánico frente al descontrol diafragmático (Navarro). (En el mundo cultural occidental estas formaciones son las mejor asentadas en los individuos cuyas formaciones reactivas de ahorro y compra masiva de objetos inútiles no se cortocircuita con las formaciones sublimatorias, al contrario, unas alimentan a las otras para el bien del consumo y de la analidad.)

El freno y el control también son para los afectos: sus reacciones afectivas son frías, distintas, tibias, que denotan un completo bloqueo afectivo. Así pues, el estasis libidinal anclado en la coraza muscular testimonia del frío que siente constantemente: la textura de su piel es áspera, fría como «el mármol», cuerpo lleno de huesos donde no es posible tocar «carne» en el sentido que no

hay volumen: el cuerpo entero se constituye cual fortaleza muscular contra el calor y el contacto: por ello todo abrazo, toda aproximación humana lo vive como intolerable por cuanto alejada de sus referencias personales.

La elaboración de sus contenidos psíquicos ponen de manifiesto la estructuración definitiva de la coraza muscular con la disociación de los afectos de sus ideas: La contención crónica de los hombros y de la región diafragma-pelvis funcionan como defensa frente a la movilización genital (dimensión expansiva involuntaria regida por lo vegetativo), lo que cada vez que ocurre acrecienta su desconfianza.

El análisis sistemático de la resistencia nos lleva a la separación de dos impulsos diferentes (sádicos) contenidos en el bloqueo afectivo. Observamos que en un primer momento puede liberarse su sadismo anal a través de abreacciones de gran intensidad psico-motora como golpear, patear, etc. Una vez elaborados éstos e integrados como actividades del Yo-cuerpo (con la elaboración consiguiente del sentido de culpa) ocupan posteriormente el primer plano otros impulsos de tipo fálico-sádicos (que la sitúan frente a su homosexualidad) tales como romper, hacer daño y cuyos contenidos afectivos se refieren a su angustia de castración: estos impulsos cobrarán en ella contenidos más reivindicativos, «masculinos», de tipo histérico y corren en paralelo con su mayor hincapié en su sexualidad femenina (ahora habla constantemente de su madre, se vive no reconocida por ella en cuanto chica; tampoco por su padre: aspectos todos ellos inconsistentes y ahora emergen a la conciencia): dentro de los contenidos histéricos emerge el deseo hacia el terapeuta a modo de perplejidad (y cuyo descubrimiento reenvía al descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos). «Ah, pero tú también tienes pene!», lo que puede verbalizar, a modo de resolución de su angustia de castración, porque ya reconoce la presencia de dos (diferentes) en el espacio terapéutico y ese (esa) que no tiene pene es ella (queriendo con ello señalar que ya puede integrar la ausencia, la falta de pene, mientras que en su infancia siempre quiso ser tan «chico» como sus cuatro hermanos varones).

Frente al análisis y elaboración de las representaciones genitales,

emerge un Yo-cuerpo más móvil, pulsátil pero también afectuoso, cálido y que progresivamente toma volumen, forma y peso, que denota la presencia de lo expansivo, es decir, la capacidad de reconciliarse con todas las manifestaciones corporales (sensaciones y emociones que emergen con gran intensidad al trabajar sobre el diafragma, lo que procura la consiguiente movilización pélvica); y decimos entonces que emerge al unísono un Yo, capaz de verbalizar el deseo hacia el hombre, en donde el acceso a la elaboración de la femineidad ya cobra todo su sentido para ella; no es casual que sus intereses libidinales-afectivos tengan ya la resonancia del enamoramiento.

Su cuerpo nunca fue tan diferente: ahora es una mujer, que sabe que lo es.

BIBLIOGRAFÍA

- FREUD, S. «El carácter y el erotismo anal» (1908).
«Consideraciones sobre un caso de neurosis obsesiva: El hombre de las ratas» (1909).
«La disposición a la neurosis obsesiva. Una aportación al problema de la elección de neurosis» (1913).
«Inhibición, síntoma y angustia» (1926).
De las *Obras completas*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1983.
- NAVARRO, F. «El diafragma, el quinto segmento», del libro *La somatopsicodinámica: una nueva visión de la patología*. Editorial Orgón. Madrid, 1988.
- REICH, W. «El punto de vista económico en la teoría analítica» (1925), en *Análisis del carácter*. Paidós. Barcelona, 1978.
«La fuente de la angustia neurótica. Una contribución a la teoría de la terapia psicoanalítica» (1926). Publicado por primera vez en la *Zeitschrift für Psychoanalyse*, XII, n.º 3, Viena.
«Sobre la técnica del análisis del carácter» (1927), en O. citada.
«Algunas formas caractereológicas definidas: El carácter compulsivo» (1927), en O. citada.
«El lenguaje expresivo de la vivo» (1935), en O. citada.
«Carácter y sociedad.» Conferencia ante la Organización Estudiantil en Oslo (1936).
- SCHILDER, P. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Paidós. Barcelona, 1983.
- SOUCHARD, PH. E. *Le diaphragme*. Maloine Editeur. París, 1980.