

WILHELM REICH

ANALISIS
DEL
CARACTER



EDITORIAL PAIDÓS
BUENOS AIRES

<http://psikolibro.blogspot.com>

Título del libro original en inglés
ANALYSIS OF CHARACTER

Publicado por
Orgone Institute Press
New York

Versión castellana
LUIS FABRICANT

Supervisión de la versión castellana
ENRIQUE BUTELMAN

Impreso en la Argentina
(Printed in Argentina)

Queda hecho el depósito que previene la ley N° 11.723

Copyright de todas las ediciones en castellano by

EDITORIAL PAIDÓS

Cabildo 2454 - Buenos Aires

<http://psikolibro.blogspot.com>

INDICE

| | |
|------------------------------------|----|
| PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN | 11 |
| PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN | 13 |
| PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN | 15 |

PRIMERA PARTE

TÉCNICA

| | |
|--|-----|
| I. ALGUNOS PROBLEMAS DE TÉCNICA PSICOANALÍTICA | 23 |
| II. EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO EN LA TEORÍA DE LA TERAPIA ANALÍTICA .. | 28 |
| III. SOBRE LA TÉCNICA DE LA INTERPRETACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LAS RESISTENCIAS | 36 |
| 1. Algunos errores típicos en la técnica de la interpretación, y sus resultados .. | 36 |
| 2. Interpretación sistemática y análisis de la resistencia .. | 41 |
| 3. Consecuencia en el análisis de las resistencias .. | 47 |
| IV. SOBRE LA TÉCNICA DEL ANÁLISIS DEL CARÁCTER | 50 |
| 1. Revisión a manera de introducción .. | 50 |
| 2. Coraza caracterológica y resistencia caracterológica .. | 51 |
| a) La incapacidad de seguir la regla fundamental .. | 51 |
| b) ¿De dónde surgen las resistencias caracterológicas? .. | 52 |
| c) La técnica del análisis de la resistencia caracterológica .. | 54 |
| d) Determinación de la técnica situacional a partir de la estructura de la resistencia caracterológica (<i>técnica de interpretación de la defensa</i>) .. | 60 |
| e) El aflojamiento de la coraza caracterológica .. | 70 |
| f) Sobre las condiciones óptimas para la reducción analítica del material actual al nivel infantil .. | 78 |
| g) El análisis del carácter en el caso de amplia afluencia de material .. | 79 |
| <i>Un caso de carácter pasivo-femenino</i> .. | 81 |
| V. INDICACIONES Y PELIGROS DEL ANÁLISIS DEL CARÁCTER | 106 |

| | |
|---|-----|
| VI. EL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA | 110 |
| 1. La cristalización de la libido objetal genital | 110 |
| 2. Narcisismo secundario, transferencia negativa y percepción de la enfermedad | 117 |
| 3. El manejo de la regla de abstinencia | 119 |
| 4. La "disolución" de la transferencia positiva | 121 |
| 5. Nota sobre la contratransferencia | 123 |

SEGUNDA PARTE

TEORÍA DE LA FORMACIÓN DEL CARÁCTER

| | |
|---|-----|
| VII. EL DOMINIO CARACTEROLÓGICO DEL CONFLICTO SEXUAL INFANTIL | 129 |
| 1. Contenido y forma de las reacciones psíquicas | 129 |
| 2. Función de la formación caracterológica | 131 |
| 3. Condiciones de la diferenciación caracterológica | 134 |
| VIII. CARÁCTER GENITAL Y CARÁCTER NEURÓTICO. LA FUNCIÓN ECONÓMICO-SEXUAL DE LA CORAZA CARACTEROLÓGICA | 141 |
| 1. Carácter y estasis sexual | 141 |
| 2. Diferencia económico-libidinal entre carácter genital y carácter neurótico | 146 |
| a) Estructura del ello | 146 |
| b) Estructura del superyó | 147 |
| c) Estructura del yo | 148 |
| 3. Sublimación, formación reactiva y base reactiva neurótica | 152 |
| IX. FOBIA INFANTIL Y FORMACIÓN DEL CARÁCTER | 158 |
| 1. Un carácter "aristocrático" | 158 |
| 2. La superación de la fobia infantil mediante las actitudes caracterológicas | 160 |
| X. ALGUNAS FORMAS CARACTEROLÓGICAS DEFINIDAS | 165 |
| 1. El carácter histérico | 165 |
| 2. El carácter compulsivo | 168 |
| 3. El carácter fálico-narcisista | 173 |
| XI. EL CARÁCTER MASOQUISTA | 179 |
| 1. Resumen de conceptos | 180 |
| 2. El acorazamiento del carácter masoquista | 186 |
| 3. Exhibicionismo inhibido y tendencia al automenosprecio | 195 |
| 4. Percepción displacentera del aumento de excitación sexual: la base específica del carácter masoquista | 198 |
| 5. Sobre la terapia del masoquismo | 206 |
| XII. LA PLAGA EMOCIONAL | 209 |
| XIII. NOTA SOBRE EL CONFLICTO BÁSICO ENTRE NECESIDAD Y MUNDO EXTERIOR | 234 |

TERCERA PARTE

DEL PSICOANÁLISIS A LA BIOFÍSICA ORGÓNICA

| | |
|---|-----|
| XIV. CONTACTO PSÍQUICO Y CORRIENTE VEGETATIVA | 245 |
| PREFACIO | 245 |
| 1. El punto de partida: conflicto entre instinto y mundo exterior | 246 |
| 2. Algunas premisas técnicas | 248 |
| 3. El cambio de función del impulso | 252 |
| 4. El intelecto como función defensiva | 259 |
| 5. La concatenación de las fuerzas defensivas | 261 |
| 6. Falta de contacto | 263 |
| 7. Contacto sustitutivo | 271 |
| 8. La representación psíquica de lo orgánico | 275 |
| a) La idea de “estallar” | 275 |
| b) Sobre la idea de la muerte | 277 |
| 9. Placer, angustia, cólera y coraza muscular | 281 |
| 10. Los dos grandes saltos en el desarrollo natural | 291 |
| XV. EL LENGUAJE EXPRESIVO DE LO VIVO EN LA ORGONTERAPIA | 293 |
| 1. La función de la emoción | 293 |
| 2. Movimientos plasmáticos expresivos y expresión emocional | 295 |
| 3. La disposición segmentada de la coraza | 302 |
| 4. La expresión emocional del reflejo de orgasmo y la superposición sexual | 317 |
| XVI. LA ESCISIÓN ESQUIZOFRÉNICA | 324 |
| 1. El “diablo” en el proceso esquizofrénico | 324 |
| 2. Las “fuerzas” | 336 |
| 3. La expresión esquizofrénica de lejanía en la mirada | 349 |
| 4. Irrupción de la despersonalización y primera comprensión de la escisión esquizofrénica | 351 |
| 5. La interdependencia entre conciencia y autopercepción | 358 |
| 6. La función racional del “mal diabólico” | 370 |
| 7. Regiones anorgonóticas en el estado catatónico | 373 |
| 8. La función del daño infligido a sí mismo en la esquizofrenia | 375 |
| 9. Crisis y restablecimiento | 389 |

PROLOGO A LA TERCERA EDICION

La segunda edición de esta obra se agotó en poco tiempo y durante más de dos años no fué posible satisfacer la gran demanda que la reclamaba. Nuestra Editorial se hallaba atareada con publicaciones dedicadas al campo más reciente de la biofísica orgánica (*The Discovery of the Orgone*, vol. II: *The Cancer Biopathy*, 1948, etc.). Además, vacilaba yo en dar a luz una nueva edición del *Análisis del Carácter*. Esta obra emplea todavía terminología psicoanalítica y presenta una descripción *psicológica* de las neurosis. En los quince años transcurridos desde que se publicara la primera edición, debí volver a planear y a escribir nuestro *cuadro de la enfermedad emocional*. En ese lapso, se produjeron numerosos descubrimientos de importancia: "carácter" se convirtió en un término equivalente a comportamiento *biofísico* típico. Las "emociones" vinieron a significar, más y más, manifestaciones de una *bioenergía* tangible, de la energía orgánica organísmica. Poco a poco, aprendimos a manejarla en forma práctica mediante lo que ahora se denomina "orgonterapia médica". En el prólogo a la segunda edición, señalé que el "análisis del carácter" tiene todavía validez en el dominio de la psicología profunda, donde se originó y al cual aún pertenece. En la actualidad, ya no practicamos el análisis del carácter tal como se describe en este libro. Sin embargo, todavía empleamos el método de análisis del carácter en determinadas situaciones; todavía partimos de las actitudes caracterológicas para adentrarnos en la experiencia humana. Pero en la orgonterapia, nuestro punto de partida es de índole bioenergética y ya no psicológica.

¿Por qué entonces publicar una tercera edición de este libro en su forma original? La razón principal está en el hecho de que no es fácil encontrar el camino propio hacia una comprensión de la orgonomía y la orgonterapia médica sin estar bien familiarizado con su desarrollo a partir del estudio de la patología emocional humana de hace veinte o veinticinco años.

El análisis del carácter es todavía válido y constituye una ayuda en psiquiatría, pero dista mucho de ser suficiente para hacer frente al *núcleo bioenergético* de las funciones emocionales. Resulta indispensable para el orgonterapeuta médico que, sin haber estudiado psicoanálisis, se interna directamente en la biofísica orgánica de 1940-1950. El psiquiatra que no ha estudiado las funciones bioenergéticas de las emociones tenderá a pasar por alto el organismo como tal, y a permanecer estancado en la psicología de palabras y asociaciones. No encontrará su camino hacia los antecedentes y orígenes *bioenergéticos* de todos los tipos de emociones. Por su parte, el orgonterapeuta adiestrado para ver al paciente en primer lugar como un organismo biológico, puede fácilmente

olvidar que además de la coraza muscular, sensaciones corporales, flujo orgonótico, ataques anorgonóticos, bloqueos diafragmáticos o pélvicos, etc., existe un vasto campo de funciones tales como la desconfianza marital, ideas específicamente distorsionadas sobre las funciones genitales en la pubertad, ciertas inseguridades y ansiedades sociales, intenciones inconscientes, temores sociales racionales, etc. Aunque el “dominio psíquico” de las emociones es mucho más limitado que su “dominio bioenergético”, aunque ciertas enfermedades –tal la hipertensión arterial– no pueden encararse con medios psicológicos, aunque el lenguaje y la asociación de ideas no tienen posibilidades de penetrar más profundamente que hasta la fase del desarrollo del habla, esto es, alrededor del segundo año de la vida, el aspecto psicológico de la enfermedad emocional sigue siendo importante e indispensable; con todo, ya no es el aspecto primordial de la biopsiquiatría orgonómica.

La tercera edición del *Análisis del carácter* ha sido considerablemente ampliada. He agregado “La plaga emocional”, publicado previamente como artículo en el *International Journal of Sex-economy and Orgone Research*, 1945. También he agregado un ensayo sobre “El lenguaje expresivo de los seres vivos”, inédito hasta ahora. Trata del dominio de las expresiones emocionales *biofísicas*, dominio principal de la orgonoterapia orgánica médica. Por último, una amplia historia clínica de una esquizofrenia paranoidea presentará al estudioso de la naturaleza humana el nuevo campo de la *biopatología*, abierto sólo hace pocos años mediante el descubrimiento de la energía orgónica organísmica (= bioenergía). Esta historia clínica convencerá al lector de que la energía orgónica organísmica es la *realidad física* correspondiente al concepto clásico, meramente psicológico, de “energía psíquica”.

El antiguo término “vegetoterapia” ha sido reemplazado por la expresión “orgonoterapia”. Por lo demás, la estructura fundamental del libro no ha sufrido cambio alguno. Representa el primer paso esencial, que abarca el período desde 1928 a 1934, desde el psicoanálisis hacia el estudio bioenergético de las emociones (biofísica orgánica) y merece ser conservado como tal.

El descubrimiento de la energía orgónica atmosférica (cósmica) ha impuesto revisiones de importancia tanto en nuestros conceptos físicos básicos cuanto en los psicológicos. No nos ocupamos de ellos en este libro. Llevará muchos años de ardua labor poner en claro las tendencias principales desarrolladas desde el descubrimiento del orgón. Conceptos tales como el de “idea psíquica”, por ejemplo, se presentan hoy en día bajo una luz totalmente distinta, como resultado de revelaciones aportadas por los experimentos orgonómicos. Pero esto no debiera apartar al psicoterapeuta y al orgonoterapeuta de su tarea diaria con personas emocionalmente enfermas. En estos momentos, son principalmente el especialista en ciencia natural y el filósofo natural quienes afrontan el desafío planteado por la revelación de una energía primordial universal: la energía orgónica.

W. R.

1948.

PROLOGO A LA SEGUNDA EDICION

Durante los doce años transcurridos desde la aparición de la primera edición de esta obra, el análisis del carácter ha evolucionado hasta convertirse en la orgonterapia. Pese a que eso significa un cambio de vastos alcances tanto en la técnica como en los conceptos, el libro —que se presenta ahora por primera vez en inglés— aparece sin modificaciones. Existe para ello un motivo especial: mientras se estaba desarrollando la técnica de análisis del carácter —entre 1925 y 1933— la economía sexual se encontraba todavía en su primera etapa de desarrollo. Hacia sólo pocos años que se reconociera la significación individual y social de la función del orgasmo. Esto ejerció, por supuesto, una gran influencia sobre la teoría y técnica de la terapia psicoanalítica. El análisis del carácter todavía pertenece, como pertenecía doce años atrás, al sistema del psicoanálisis freudiano. Este libro fué escrito dentro de este sistema y dentro de él vale todavía hoy. Estaba destinado a los psicoanalistas en tren de ejercer la profesión o de estudiarla, y no puede sacársele de ese contexto. Por este motivo me he abstenido de introducir cambios.

Sin embargo, la comprensión de la formación del carácter, en particular de la *coraza caracterológica*, condujo mucho más allá del análisis del carácter de 1933. Fué el punto de partida de la actual *biofísica orgónica* y de las correspondientes técnicas terapéuticas, la *vegetoterapia* y la *orgonterapia*. Estas técnicas están descritas en mi libro *The Function of the Orgasm (The Discovery of the Orgone, Vol. 1, 1942)* * y en artículos especiales físico-orgónicos. El problema de la formación del carácter, en su origen problema de índole psiquiátrica, abrió un camino para enfocar los problemas de la energía biológica y de las biopatías. La biofísica orgónica no aportó una refutación o revisión de los descubrimientos del análisis del carácter; por el contrario, los asentó sobre el sólido fundamento de la ciencia natural.

La presente edición contiene como apéndice la traducción de la monografía *Psychischer Kontakt und Vegetative Strömung*, basada en el último artículo que leí ante la Asociación Psicoanalítica Internacional en su 13º Congreso, realizado en Lucerna en 1934. Este trabajo marcaba la transición entre la psicología profunda de Freud y la biología, y más tarde la biofísica orgónica. No se tocan en este libro los problemas del orgón. Quienes conozcan mis publicaciones posteriores, sin embargo, no tendrán dificultad en hallar los lugares en los cuales la biofísica orgónica afronta los problemas de la estructura del carácter.

* Hay versión castellana: *La función de orgasmo*, Buenos Aires, Paidós, 1955.

En algunos casos, he tratado de indicar estos lugares mediante el agrado de notas al pie de página.

Al excluir la economía sexual y la teoría del orgasmo de la organización de los psicoanalistas, los representantes de éstos a quienes se debe tal paso han trazado —ellos— la línea divisoria de la que se me culpó con posterioridad, erróneamente y a consecuencia de una conciencia intranquila. Es importante afirmar aquí, sin dejar lugar a duda alguna, lo siguiente: la economía sexual nunca ha tomado posición contra los descubrimientos científicos básicos de Freud. Por el contrario, el movimiento psicoanalítico, motivado por consideraciones sociales equivocadas —consideraciones que han perdido todo significado como resultado de las revoluciones de los últimos diez años— adoptó una actitud totalmente contraria a la economía sexual. Esta no es rival del psicoanálisis tal como no puede serlo, pongamos por caso, la ley de gravitación de Newton frente a la ley de las armonías celestiales de Kepler. La economía sexual es la continuación del psicoanálisis freudiano y le suministra un cimiento en la ciencia natural, en los dominios de la biofísica y de la sexología social. En particular, la economía sexual actual reclama para sí el triunfo de haber conducido al descubrimiento de la energía biológica, el *orgón*, esa energía que, según leyes físicas definidas, es la base de las funciones sexuales descritas por primera vez por Freud. Las “psiconeurosis” de Freud, estudiadas mediante un método psicológico, encontraron su correlato orgánico en las “biopatías”, estudiadas mediante un método orgánico-físico.

Tal como se lo describe en este volumen, pues, el análisis del carácter tiene plena validez dentro del marco del pensamiento relativo a la psicología profunda y de las técnicas *psicoterapéuticas* que le corresponden. También es válido como técnica auxiliar indispensable en la orgonoterapia biofísica. Pero como resultado de la evolución de la última década, el especialista en economía sexual y orgonoterapeuta de hoy es esencialmente un *bioterapeuta* y ya no un mero psicoterapeuta.

W. R.

1945.

PROLOGO A LA PRIMERA EDICION

Los estudios de análisis del carácter que aquí presento tratan problemas que he intentado esbozar en el prefacio a mi libro *Der Triebhafte Charakter*, hace nueve años. Quienes estén familiarizados con el trabajo de investigación psicoanalítica, no se sorprenderán de ver que casi una década debió transcurrir entre la formulación del problema y su solución parcial. Cuando en la Clínica Psicoanalítica de Viena me hice cargo del tratamiento de algunos psicópatas del tipo impulsivo, se descubrió que presentaban problemas técnicos para cuya solución era relativamente adecuada la penetración en la estructura yoica del impulsivo. Por otra parte, existían problemas que parecían de importancia también para la teoría y la terapia de las neurosis caracterológicas con inhibición de instintos, como tipos diametralmente opuestos a los caracteres impulsivos. Estos problemas eran: una teoría genético-dinámica del carácter; una estricta diferenciación entre los contenidos y la forma de las resistencias; y, por último, una diferenciación clínicamente bien fundamentada de los tipos caracterológicos.

Las discusiones técnicas y los conceptos dinámico-económicos del carácter en su funcionamiento total, provinieron especialmente del Seminario de Viena sobre Terapia Psicoanalítica, el cual dirigí durante seis años con la entusiasta colaboración de numerosos colegas jóvenes. También aquí debo pedir al lector que no espere una presentación exhaustiva de los problemas pertinentes, ni su completa solución. Tal como nueve años atrás, hoy estamos aún lejos de una caracterología psicoanalítica amplia y sistemática. Este libro servirá, sin embargo, para reducir esta distancia en un trecho considerable.

Las partes técnicas fueron escritas durante el invierno de 1928 - 1929 y por tanto pudo controlárselas durante cuatro años. Las partes teóricas —a excepción del Capítulo IX— representan ampliaciones y en parte revisiones de artículos aparecidos en los últimos años en el *Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse*.

Por una serie de motivos, uno de ellos el tiempo, no pude satisfacer el deseo de muchos de mis colegas, y escribir un extenso libro sobre técnica psicoanalítica. La tarea que aquí me he impuesto es presentar los principios técnicos tal como resultan del análisis del carácter. La técnica analítica no puede aprenderse en los libros, de todas maneras, pues en la práctica las cosas son tanto más complicadas; lo necesario es un minucioso estudio de los casos en seminarios y en análisis de control.

Es probable que se plantee una objeción que necesita abundante discusión. Es la siguiente: ¿No significa esta publicación, como tal, una

sobrevaloración tremenda y unilateral de la psicoterapia y caracterología individuales? En una ciudad como Berlín existen millones de seres neuróticamente arruinados en cuanto a sus estructuras psíquicas, su capacidad de trabajar y gozar de la vida; cada hora del día, la educación familiar y las condiciones sociales crean millares de nuevas neurosis. En estas circunstancias, ¿tiene algún sentido publicar un libro que discute la técnica analítica individual, la estructura y dinámica del carácter, y cosas semejantes? Y tanto más cuanto que no puede dar directivas útiles para una terapia colectiva de las neurosis, para un tratamiento breve y seguro. Por mucho tiempo, me impresionó la aparente validez de esta objeción. Finalmente, hebe de admitir que tal posición tiene en cuenta sólo lo inmediato y, en última instancia, es incluso peor que la actual preocupación exclusiva por cuestiones de psicoterapia individual. Puede resultar paradójico, pero es cierto: fué precisamente el conocimiento de la posición socialmente desesperada de la psicoterapia individual, tal como surge de la producción social en masa de neurosis, el que condujo a una dedicación aún más intensa a los problemas de la psicoterapia individual. He intentado demostrar que las neurosis son un resultado de la educación patriarcal, autoritaria, con su supresión sexual, y que el verdadero problema está en la *prevención* de las neurosis. En nuestro sistema social actual, faltan todos los requisitos previos para un programa práctico de prevención; primero habrán de ser creados mediante una revolución básica en las instituciones e ideologías sociales, cambio que dependerá del resultado de las luchas políticas de nuestro siglo. Va implícito que no es posible prevención alguna de las neurosis, a menos de contar para ella con un cimiento teórico; vale decir, el requisito previo más importante es el estudio de los factores dinámicos y económicos de la estructura humana. ¿Cómo se relaciona esto con la técnica de la terapia individual? A fin de estudiar la estructura humana con miras a prevenir las neurosis, debe mejorarse nuestra técnica analítica. Nuestro trabajo demostrará por qué el estudio previo del conocimiento técnico fué insuficiente para tal tarea. El primer prerrequisito para una futura prevención de las neurosis es contar con una *teoría de la técnica y la terapia*, basada en los procesos dinámicos y económicos que tienen lugar en el aparato psíquico. En primer lugar, necesitamos terapeutas que sepan qué es lo que les permite modificar estructuras, o por qué fracasan en esta labor. Si tratamos de combatir una plaga en cualquiera otra rama de la medicina, examinaremos los casos típicos de la enfermedad con los mejores métodos posibles, a fin de poder señalar su camino al epidemiólogo. No nos concentramos en la técnica individual porque sobreestimamos la importancia de la terapia individual, sino porque sólo una buena técnica puede suministrarnos los conocimientos necesarios para el objetivo más amplio de comprender y modificar la estructura.

Debe considerarse aquí otro aspecto de nuestras investigaciones clínicas. A diferencia de otras ramas de la ciencia médica, no tratamos con bacterias o tumores, sino con reacciones humanas y enfermedades psíquicas. Aunque derivada de la medicina, nuestra ciencia ha ido mucho más allá. Si, como se ha dicho, el hombre hace su propia historia, dependiendo

de ciertas condiciones económicas; si el concepto materialista¹ de la historia ha de partir de la premisa básica de la sociología, la organización natural y psíquica del hombre, resulta claro que nuestra investigación adquirirá en cierto punto una importancia sociológica decisiva. El poder productivo más importante, la *facultad productiva, facultad de trabajo*, depende de la estructura psíquica. Ni el llamado “factor subjetivo” de la historia, ni la *facultad productiva, la facultad de trabajo*, pueden concebirse sin una psicología científico-natural. Esto presupone el rechazo de esos conceptos psicoanalíticos conforme a los cuales la cultura y la historia de la sociedad humana se explican por los instintos. Debe apreciarse el hecho de que primero las necesidades humanas deben ser influidas y modificadas por las condiciones sociales, antes de que los impulsos y necesidades alteradas comiencen a obrar como factores históricos. Los mejores caracterólogos de la actualidad tratan de comprender el mundo partiendo de “valores” y del “carácter”, en lugar de tratar de comprender, a la inversa, el carácter y la adopción de valores definidos, partiendo de los procesos sociales.

En relación con la función sociológica de la formación del carácter, debemos estudiar el hecho de que determinados órdenes sociales corresponden a ciertas estructuras humanas promedio, o bien —para decirlo de otra manera— que todo orden social crea aquellas formas caracterológicas que necesita para su preservación. En la sociedad de clases, la clase gobernante asegura su posición con ayuda de la educación y la institución de la familia, haciendo de sus propias ideologías las ideologías rectoras de todos los miembros de la sociedad. Pero no se trata meramente de imponer a los miembros de la sociedad ideologías, actitudes y conceptos. Más bien, se trata de un proceso de profundos alcances en cada nueva generación, de la formación de una estructura psíquica que corresponda al orden social existente, en todos los estratos de la población. La psicología y caracterología científico-natural posee, pues, una tarea claramente definida: debe descubrir los medios y mecanismos con los cuales la existencia social se transforma en estructura psíquica y, con ella, en ideología. Se debe distinguir entre la producción social de ideologías y su reproducción en los miembros de la sociedad. Estudiar el primer proceso es tarea de la sociología y la economía; estudiar el segundo, de la caracterología psicoanalítica. La caracterología tiene que estudiar los efectos de la situación económica inmediata (alimentos, vivienda, vestido, procesos productivos), así como los efectos de la llamada superestructura social, esto es; de la moral, las leyes e instituciones, sobre el aparato de los instintos; debe definir, en forma tan completa como sea posible, los numerosos eslabones intermedios entre “base material” y “superestructura ideológica”. No puede resultar indiferente a la sociología la eficacia con que la psicología cumpla con este trabajo pues, en primer lugar, el hombre es el *objeto* de sus necesidades y del sistema social que regula la gratificación de las mismas en una u otra forma. Pero, al mismo tiempo, es *sujeto* de la historia y del proceso social que “él mismo hace”, si

¹ Nota de 1945: Hoy diríamos concepto “funcional”.

bien no del todo como quisiera, sino sometido a ciertas condiciones económicas y culturales que determinan el contenido y efecto de la acción humana.

Desde que la sociedad se escindió en los poseedores de los medios de producción y los poseedores de la mercancía poder de trabajo, todo orden social ha sido establecido por los primeros, pasando por alto o contra la voluntad de los segundos. Puesto que este orden forma la estructura psíquica de todos los miembros de la sociedad, *se reproduce* en la gente. Dado que esto se hace utilizando y alterando el aparato instintivo, también llega a anclarse afectivamente en el pueblo. El primero y más importante lugar de reproducción del orden social es la familia patriarcal; ésta crea en los niños una estructura de carácter que les hace susceptibles a las influencias posteriores de un orden autoritario. El papel desempeñado por la educación sexual dentro de la totalidad del sistema educativo, muestra que se trata principalmente de intereses y energías *libidinales* mediante los cuales tiene lugar el anclaje del orden social autoritario. Las estructuras de carácter de las personas pertenecientes a una determinada época o determinado orden social no son, pues, sólo reflejos de este orden: mucho más importante aún, representan el anclaje de este orden. La investigación del cambio en la moral sexual con la transición del matriarcado al patriarcado (cf. mi obra *Der Einbruch der Sexualmoral*) muestra que este anclaje mediante la adaptación de la estructura de carácter al nuevo orden social, constituye la naturaleza conservadora de la llamada "tradición".

Este anclaje caracterológico del orden social explica la tolerancia de los oprimidos ante el dominio de una clase superior, tolerancia que algunas veces llega hasta la afirmación de su propio sometimiento. Esto resulta mucho más patente con respecto a la supresión de la sexualidad que con respecto a la gratificación de necesidades domésticas y culturales. Con todo, el anclaje de un orden social que frustra en medida considerable la gratificación de necesidades, va paralelo al desarrollo de factores psíquicos que tienden a minar tal anclaje caracterológico. Gradualmente, con el desarrollo del proceso social, surge una discrepancia en continuo aumento entre la renuncia obligada y la tensión libidinal incrementada; esta discrepancia socava la "tradición" y constituye el núcleo psicológico de actitudes que amenazan el anclaje.

El elemento conservador presente en la estructura del carácter de la gente de hoy no puede hacerse equivaler a lo que se denomina "superyó". Es cierto que las inhibiciones morales de la persona derivan de determinadas prohibiciones de la sociedad, representada por los padres. Pero incluso los primeros cambios del yo y de los instintos, que tienen lugar en ocasión de las más tempranas frustraciones e identificaciones, mucho antes de la formación de un superyó, están en último análisis determinados por la estructura económica de la sociedad; son ya las primeras reproducciones y anclajes del sistema social, y determinan las primeras contradicciones. Si el niño desarrolla un carácter anal, desarrollará también la correspondiente terquedad. La significación del superyó para este anclaje radica en el hecho de que su núcleo lo constituyen las de-

mandas genitales infantiles de tipo incestuoso; aquí es donde se ligan las energías más vitales y donde se determina la formación del carácter.

El modo en que la formación del carácter depende de la situación histórico-económica en la cual tiene lugar, se revela con máxima claridad en los cambios producidos en los miembros de sociedades primitivas cuando reciben influencias económicas y culturales extrañas o cuando, por motivos intrínsecos, comienzan a desarrollar un nuevo orden social. Los trabajos de Malinowski muestran que se producen rápidamente cambios de carácter, cuando se modifica la estructura social. Este autor encontró, por ejemplo, que los habitantes de las islas Amphlett eran suspicaces, tímidos y hostiles, mientras los de las vecinas islas Trobriand eran sencillos, naturales y abiertos. Los primeros tienen ya un orden patriarcal con una moral familiar y sexual estricta, mientras que los segundos gozan todavía la mayor parte de las libertades del matriarcado. Estos hechos confirman el descubrimiento clínico¹ de que la estructura económico-social de la sociedad influye sobre la formación del carácter, no directamente sino de una manera indirecta muy complicada: la estructura económico-social de la sociedad crea determinadas formas familiares; éstas, sin embargo, no sólo presuponen ciertas formas de vida sexual sino también las producen mediante una definida influencia sobre la vida instintiva de los niños y adolescentes, lo que da como resultado diferentes actitudes y modos de reacción. *La estructura de carácter es, pues, la cristalización del proceso sociológico de una determinada época.* Las ideologías de una sociedad pueden llegar a tener poder material sólo a condición de que alteren efectivamente las estructuras de carácter. La investigación de esta estructura reviste por consiguiente algo más que un mero interés clínico; conduce a la cuestión de por qué las ideologías cambian con tanta más lentitud que la base económico-social, por qué el hombre —por regla general— está muy retrasado respecto de aquello que él crea y que debiera y podría cambiarle. El motivo es que la estructura de carácter se adquiere en la temprana infancia y sufre pocas modificaciones. La situación económico-social que la creó se modifica sin embargo rápidamente, a medida que se desarrollan los poderes productivos; una vez que ha cambiado, plantea demandas diferentes y necesita diferentes modos de adaptación. También crea, es cierto, nuevas actitudes y modos de reacción; éstas, aunque se infiltran entre las antiguas, no las reemplazan. Las dos actitudes, correspondientes como lo son a diferentes situaciones sociológicas, entran ahora en conflicto. Así por ejemplo, la mujer educada en la familia de 1900 desarrolló un modo de reacción correspondiente a la situación económico-social de 1900; en 1925, sin embargo, la situación había cambiado en tal forma, como resultado de los cambios en las modalidades productivas, que la mujer, a pesar de una adaptación superficial, se encuentra atrapada en las más severas contradicciones. Su carácter requiere, por ejemplo, una vida sexual estrictamente monógama, y entretanto la monogamia compulsiva ha

¹ Cf. *Der Einbruch der Sexualmoral*, 1932, y *Dialektischer Materialismus und Psychoanalyse*, 1929.

visto socavados sus cimientos, tanto social como ideológicamente. Desde el punto de vista intelectual, la mujer ya no puede exigir la monogamia, ni en sí misma ni en su marido; pero desde el punto de vista estructural afronta un conflicto con las nuevas condiciones y con las exigencias de su propio intelecto.

Problemas análogos resultan evidentes en las dificultades con que tropieza la Rusia Soviética en los intentos de transformar la agricultura individual en agricultura colectivista. Las dificultades derivan no sólo de circunstancias económicas, sino también de la estructura del labriego ruso, adquirida durante el zarismo y el período de la agricultura individualista. Los informes con que se cuenta muestran el papel de la sustitución de la familia por la granja colectiva y, en particular, de los cambios en la vida sexual. Las viejas estructuras no sólo están retrasadas respecto de los nuevos desarrollos; muy a menudo los resisten vigorosamente. Si la vieja ideología, correspondiente a una situación sociológica anterior, no estuviese anclada en la estructura del carácter como un modo de reacción crónico y automático, con ayuda de la energía libidinal, la adaptación a los cambios económicos sería relativamente fácil. Va implícito en todo esto que un conocimiento minucioso de los mecanismos que relacionan situación económica, vida instintiva, formación del carácter e ideología, conduciría a numerosas medidas prácticas, particularmente en la educación, posiblemente también en la psicología colectiva práctica.

Todas estas cosas esperan ser desarrolladas. La ciencia psicoanalítica, sin embargo, no puede esperar reconocimiento práctico y teórico en escala social, a menos de dominar los campos en los cuales puede demostrar su valor y donde puede mostrar que ya no desea permanecer alejada de los acontecimientos históricos decisivos de nuestro siglo. Por el momento, la caracterología psicoanalítica deberá limitarse al campo clínico. Las investigaciones descritas en la segunda parte de esta obra mostrarán dónde deben buscarse las vinculaciones con problemas sociológicos de más amplio alcance. Se las examina en otro lugar.

W. R.

1933.

PRIMERA PARTE
T E C N I C A

CAPÍTULO I

ALGUNOS PROBLEMAS DE TÉCNICA PSICOANALÍTICA

En el ejercicio de su profesión, el psicoanalista se encuentra día a día frente a problemas de cuya resolución es incapaz, ya sea mediante su conocimiento teórico exclusivamente, ya mediante su experiencia práctica. Todos los problemas de técnica convergen hacia la cuestión básica de si es posible y cómo es posible una técnica inequívoca de terapia analítica, derivada de la teoría de las neurosis; es el problema de las posibilidades y limitaciones de la aplicación de la teoría a la práctica. En realidad, es la práctica analítica la que, por los problemas que presenta, conduce a una teoría de los procesos psíquicos; así pues, debemos explorar los senderos que conducen de la práctica puramente empírica, pasando por consideraciones teóricas, hasta una práctica teóricamente bien fundamentada. La amplia experiencia adquirida en el Seminario Técnico de Viena, así como los análisis de control, han demostrado que apenas estamos en los comienzos de esta tarea. Contamos, es cierto, con las obras fundamentales de Freud sobre técnica, su abecé por así decirlo, y también con numerosos comentarios sobre técnica dispersos en sus escritos; las obras de Ferenczi y otros nos han enseñado mucho sobre los problemas técnicos individuales. En conjunto, sin embargo, uno encuentra que existen exactamente tantas técnicas individuales como psicoanalistas, aparte de las reglas técnicas establecidas por Freud, y éstas son pocas comparadas con la abundancia de problemas planteados en la práctica cotidiana.

Estas reglas generales, que han llegado a ser cosa natural entre los analistas, derivan de los conceptos teóricos básicos de los procesos neuróticos. Toda neurosis se debe a un conflicto entre demandas instintivas reprimidas —las cuales incluyen siempre tempranas demandas sexuales infantiles— y las fuerzas represivas del yo. El conflicto sin resolver se expresa en el síntoma neurótico o en el rasgo neurótico del carácter. El requisito técnico para la solución del conflicto es por consiguiente la “resolución de la represión”, en otras palabras, traer a la conciencia el conflicto inconsciente y hacerlo consciente.

Dado sin embargo que ciertas fuerzas psíquicas actúan como riguroso censor respecto de los pensamientos y deseos del paciente, impidiéndoles así llegar a la conciencia, es preciso eliminar la selección del material, necesaria en el pensamiento común, y dejar vagar las ideas libremente, sin selección crítica alguna. Entre el material así aportado, uno encuentra más y más elementos reprimidos, inconscientes e infan-

tiles, los cuales, con ayuda del analista, deben ser traducidos al lenguaje de lo consciente. La llamada "regla fundamental", la regla de la "asociación libre" sin selección crítica del material, es el requisito previo indispensable en la técnica analítica. Está ayudada por la fuerza de los impulsos inconscientes que presionan hacia la conciencia y hacia la acción; se ve obstaculizada, en cambio, por una fuerza también inconsciente, la defensa del yo, que dificulta o imposibilita al paciente seguir la regla fundamental. Esta fuerza se hace sentir como una "resistencia" contra la disolución de la represión. Esta comprensión teórica determina otra regla práctica: la regla de que el volver consciente lo inconsciente no debe tener lugar en forma directa sino mediante la eliminación de las resistencias. En otras palabras, el paciente debe descubrir primero que se está defendiendo, luego con qué medios y, por último, contra qué se defiende. Este trabajo de volver conscientes las cosas se denomina "interpretación". Consiste ya sea en la revelación de expresiones disfrazadas del inconsciente, o bien en el restablecimiento de relaciones que han sido perdidas por acción de las represiones. Los deseos y temores reprimidos del paciente buscan constantemente descargarse, es decir, ligarse a personas y situaciones reales. El motivo más importante para que así suceda es la falta de gratificación libidinal en el paciente; así, éste liga sus demandas y temores inconscientes, también al analista y a la situación analítica. Esto da como resultado la "transferencia", vale decir, el establecimiento con el analista de relaciones de amor, odio y angustia. Estas actitudes hacia el analista no son sino repetición de actitudes anteriores, principalmente infantiles, hacia personas que rodeaban al paciente en su vida temprana, personas que habían cobrado importancia, y esas actitudes habían llegado a hacerse inconscientes. Estas transferencias deben ser tratadas como tales, esto es, deben ser "resueltas" descubriendo su significado en términos de relaciones infantiles. Como toda neurosis se basa en conflictos sin resolver ocurridos antes del cuarto año de la vida, y como en la transferencia estos conflictos se reactivan, el análisis de la transferencia constituye, juntamente con la resolución de las resistencias, el aspecto más importante de la labor analítica. Además, puesto que en la transferencia el paciente trata de reemplazar la tarea de interpretación por la gratificación de los viejos impulsos insatisfechos de amor o de odio, y también se defiende contra el reconocimiento de estas actitudes, la transferencia deviene por lo general una resistencia, es decir, impide el progreso del tratamiento. La transferencia negativa, o sea los impulsos de odio transferidos, puede reconocerse desde un comienzo como resistencia, mientras la transferencia de impulsos amorosos se convierte en resistencia sólo cuando, como resultado de la decepción, se trueca en transferencia negativa o angustia.

Sólo mientras la discusión de la técnica analítica era escasa y poco sistemática podía creerse que los analistas, sobre la base de un fundamento técnico común, habían desarrollado también una técnica común a todos ellos. Esto quedó demostrado, por ejemplo, en la discusión de conceptos tales como la "pasividad analítica", interpretado en muchas formas distintas. La interpretación extrema —y por cierto la más errónea—

afirmaba que el analista debía limitarse a guardar silencio, y el resto vendría por sí solo. En cuanto al papel del analista en el tratamiento, existían —y existen— los conceptos más confusos. Es cierto, uno sabe generalmente que debe disolver resistencias y debe “manejar” la transferencia. Pero cómo y cuándo ha de producirse ello, cómo han de diferir sus actos conforme a los diferentes casos y situaciones, eso nunca fué discutido en forma sistemática. Así pues, existía una amplia divergencia de opinión, incluso con relación a problemas cotidianos de práctica analítica. Por ejemplo, si se presenta en el Seminario una determinada resistencia, un analista dirá que exige tal medida, un segundo se pronunciará por otra y un tercero, por otra distinta. Si el analista, entonces, provisto de todos estos consejos, vuelve a encarar su caso, aparecen otras posibilidades innumerables, y la confusión resulta a menudo mayor que antes. Y sin embargo, debemos suponer que una situación analítica definida —dadas determinadas condiciones y situaciones— admite un solo procedimiento técnico óptimo, que existe un proceder definido y este proceder conviene a esta situación más que cualquier otro. Esto se aplica no sólo a una situación individual sino a la terapia analítica en su totalidad. Debemos descubrir, por consiguiente, qué es lo que caracteriza a esta técnica correcta única, y cómo se llega a ella.

Transcurrió mucho tiempo antes de que resultara claro cuál es el punto crucial del problema: *hacer que la situación técnica derive de cada situación analítica respectiva, por vía de un análisis exacto de sus pormenores.* Este método de desarrollar la técnica analítica fué seguido estrictamente en el Seminario Técnico de Viena y resultó de gran valor. En lugar de dar consejos, se examinaba y discutía la dificultad, pongamos por caso una situación de resistencia, hasta que la discusión misma revelaba espontáneamente la medida necesaria; entonces se llegaba al convencimiento de que sólo eso podía ser lo correcto, y ninguna otra cosa. Así logramos un método de aplicación del material analítico a la técnica analítica, si no en todos los casos, por cierto en un gran número de ellos y, lo que es más importante, como principio. Nuestro método no es un principio basado en procedimientos fijos: se trata de un método basado en determinados principios teóricos básicos, pero determinado realmente por el caso individual y la situación individual. Así por ejemplo, un principio básico es que todas las manifestaciones del inconsciente deben hacerse conscientes mediante la interpretación. ¿Pero significa esto acaso que debe uno interpretar de inmediato este inconsciente, tan pronto como se pone de manifiesto, así sea no del todo claramente? O bien, un principio básico es que todos los fenómenos transferenciales deben reducirse a sus fuentes infantiles. ¿Pero cuándo y en qué forma debe hacerse? Uno se ve simultáneamente frente a fenómenos transferenciales negativos y positivos. En principio, ambos deben ser “disueltos”; ¿mas no cabe preguntarse cuál debe ser disuelto en primer término, y qué es lo que determina la elección?

Fácil objeción al intento de hacer derivar de la respectiva situación total la sucesión, énfasis y profundidad de una interpretación, sería que uno interpreta todo aquello que aparece. Pero cuando innumerables

experiencias y las valoraciones teóricas subsiguientes, muestran que la interpretación del material a medida que aparece no llena por lo común su función terapéutica, uno debe preguntarse cuáles son las condiciones que hacen a una interpretación terapéuticamente eficaz. Estas condiciones difieren de caso a caso, y si bien conducen a ciertas generalizaciones técnicas válidas, éstas poco significan comparadas con el principio básico de que en cada caso individual la técnica debe provenir del caso mismo y de la situación individual, y que al mismo tiempo no debe perderse la visión general del proceso analítico en su totalidad. Opiniones o consejos como que tal o cual cosa debiera “analizarse”, o que debe “analizarse adecuadamente”, son meras frases, no principios técnicos. Queda a oscuras el significado de la expresión “analizar”. Tampoco podemos buscar consuelo en la duración del tratamiento. Por sí solo, el tiempo nada logra. Depositar nuestra confianza en la duración del tratamiento tiene sentido sólo si y cuando el análisis progresa, vale decir, cuando comprendemos las resistencias y podemos guiar el análisis de conformidad con esa comprensión. Entonces, como es lógico, el tiempo no constituye preocupación alguna. Pero no tiene sentido aguardar el éxito de la mera espera.

Tendremos que demostrar cuán esencial es para el desarrollo lógico del tratamiento la correcta comprensión y manejo de la *primera* resistencia transferencial. Es importante con cuánto pormenor, en cuál capa, se ataca analíticamente, por primera vez, la neurosis transferencial; si del abundante material aportado uno escoge esta o aquella parte, si uno interpreta primero el material inconsciente que se ha manifestado o la respectiva resistencia, etc. Si se interpreta el material en el orden en que se presenta, se parte de una idea preconcebida: que el “material” es siempre analíticamente usable, esto es, material terapéutico eficaz. Lo que importa, sin embargo, es su valor dinámico. Mis esfuerzos por desarrollar una teoría de la técnica y la terapia se orientan precisamente hacia el objetivo de adquirir criterios para la *aplicación consecuente* del material al manejo técnico del caso, criterios que nos permitan saber con exactitud, en el caso de cada interpretación, por qué y para qué se plantea, en lugar de emitir interpretaciones al azar. Si uno interpreta el material en el orden en que aparece —independientemente de que el paciente lo esté engañando, de que oculte una actitud de odio, de que abrigue una secreta actitud de mofa, de que sus afectos se hallen bloqueados, etc.—, en épocas posteriores resultan inevitables situaciones desesperadas. Procediendo en esta forma, trabajamos con arreglo a un esquema que se impone a todos los casos, sin consideración alguna de la constelación *individual* del caso, la cual hace necesario individualizar las interpretaciones en cuanto al tiempo y a la profundidad. Sólo si uno adhiere con rigor a la regla de que la técnica derive de cada situación, cumplirá por lo menos aproximadamente el requisito de poder decir por qué ha curado o ha dejado de curar un determinado caso. A menos de poder hacer esto, por lo menos en los casos comunes, nuestra terapia no puede reclamar para sí la denominación de científica, de causal. Si nos preguntamos los motivos por los cuales ha fracasado un análisis, no

podemos recurrir a enunciados tales como que el paciente “no quería mejorar”, o era inaccesible. Pues nuestra pregunta es precisamente: *¿por qué no quería mejorar el paciente, o por qué era inaccesible?*

No presentaré un “sistema” de técnica. No se trata de dibujar un esquema aplicable a todos los casos. Más bien, se trata de crear una base para la comprensión de nuestra tarea terapéutica, un marco de referencia con suficiente espacio para la aplicación individual de los principios fundamentales.

Nada tengo que agregar a los principios de Freud relativos a la interpretación de lo inconsciente, o a su fórmula general de que el trabajo analítico consiste en la eliminación de las resistencias y el manejo de la transferencia. La exposición que sigue pretende, sin embargo, ser la aplicación consecuente de principios psicoanalíticos básicos, una aplicación que también abre nuevos campos a la tarea analítica. Si desde el comienzo del tratamiento nuestros pacientes siguiesen la regla fundamental, así fuera en un grado razonable, no habría motivo para escribir un libro sobre análisis del carácter. Por desgracia, sólo muy pocos de nuestros pacientes son accesibles al análisis desde un comienzo; son incapaces de seguir la regla fundamental hasta el momento de lograr un aflojamiento de sus resistencias. Nos ocuparemos, por consiguiente, de la fase introductoria del análisis, hasta llegar a ese punto en que el curso del análisis puede dejarse sin peligro alguno en manos del paciente; el primer problema es la “educación analítica para el análisis”. El segundo es el de la terminación del análisis, la disolución de la transferencia y la educación para la realidad. La parte intermedia del análisis nos ocupará sólo en la medida en que se desarrolla a partir de la fase introductoria y evoluciona hacia la fase de terminación.

Pero primero necesitamos una breve consideración teórica de la base económico-libidinal de la terapia analítica.

CAPÍTULO II

EL PUNTO DE VISTA ECONOMICO EN LA TEORIA DE LA TERAPIA ANALITICA

Cuando Freud abandonó la terapia catártica y la hipnosis como auxiliares del análisis, cuando adoptó el punto de vista de que lo que el paciente puede decir al médico en su sueño debiera ser capaz de decirlo en estado de vigilia, trató durante algún tiempo de hacer comprender al paciente el significado inconsciente de sus síntomas mediante la interpretación directa de los derivados del inconsciente. Pronto descubrió que el éxito de este método dependía del grado de disposición del paciente para aceptar las interpretaciones. Halló que aquél les oponía una “resistencia” —por lo común inconsciente— y modificó su técnica en consonancia con este hecho. Vale decir, abandonó la interpretación directa y trató, en cambio, de volver consciente lo inconsciente mediante la eliminación de las resistencias levantadas contra el material reprimido.

Este cambio fundamental en el concepto teórico y en la técnica fué un punto crucial en la historia de la terapia analítica; a partir de él comenzó a desarrollarse la terapia actual. Nunca lo comprendieron los discípulos de Freud que se apartaron de él; el mismo Rank volvió al viejo método de interpretación directa de los síntomas. El intento actual no es sino una aplicación consecuente del método más reciente de análisis de la resistencia, al análisis del carácter, y corresponde al progreso de la terapia analítica desde el análisis de los síntomas al análisis de la personalidad total.

En el período de la catarsis, según el concepto predominante, el síntoma desaparecería si lográbamos “liberar de la represión el afecto reprimido”. Con posterioridad, en el período de análisis de las resistencias, el concepto fué —quizá como resabio del período de la interpretación directa del significado del síntoma— que éste desaparecería *necesariamente* si se hacía consciente la correspondiente idea reprimida. Más tarde, cuando resultó evidente lo insostenible de este concepto, después de haber hallado que a menudo los síntomas persisten a pesar de haberse hecho consciente la idea previamente reprimida, Freud modificó la fórmula anterior en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Afirmó entonces que el síntoma *podía* desaparecer después de haberse hecho consciente su contenido inconsciente, mas eso no sucedía *con carácter necesario*. Nos vimos entonces frente a un nuevo y difícil problema. Si traer a la conciencia esos elementos no producía por sí solo la cura, la pregunta era qué debía agregarse, qué otras circunstancias

determinan si la llegada a la conciencia de la idea reprimida conduce o no a la cura. Ciertamente, tornar consciente lo reprimido seguía siendo el requisito previo indispensable a toda curación, pero no la determinaba de manera específica. En esas circunstancias, uno comenzaba a preguntarse si no estarían en lo cierto, después de todo, aquellos opositores del psicoanálisis que siempre previnieron que al análisis debía seguir una "síntesis". Sin embargo, ésta no era sino una frase y Freud ya había respondido a esta objeción cuando, en el Congreso de Budapest, señaló que el análisis es al mismo tiempo síntesis, dado que todo impulso que se libera de una conexión establece de inmediato otra distinta. ¿Sería quizá aquí donde se ocultaba la respuesta al problema? ¿Cuáles impulsos y qué nuevas consideraciones entraban aquí en consideración? ¿No es importante saber con qué tipo de estructura libidinal abandona el paciente su análisis? Como analista, uno tenía que renunciar al perfeccionismo y contentarse con hallar una solución que estuviese a la altura de las demandas del individuo medio. Fué un fracaso de toda la psicoterapia descuidar la base biológica primitiva, así como también la sociológica de lo que se denomina "cosas superiores". Una vez más la teoría de Freud sobre la libido, abandonada como estaba, señaló el camino. Sin embargo, subsistía una gran cantidad de interrogantes sin responder. Dispongámonos con arreglo a puntos de vista metapsicológicos.

El punto de vista *tópico* no aportó solución alguna. Más aún, tal intento había demostrado ser un fracaso: tornar consciente una idea inconsciente no bastaba para producir la curación. Algo más cabía esperar desde el punto de vista *dinámico*. Pero también éste resultó inadecuado, no obstante los esfuerzos de Ferenczi y Rank en su *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Es cierto, la liberación del afecto vinculado a una idea produce casi siempre una mejoría, mas por lo común se trata de algo sólo temporario. Además, fuera de determinadas formas de histeria, raras veces puede producirse esta liberación con tanta intensidad como para obtener el resultado deseado. Así pues, el único punto de vista restante era el *económico*: el paciente sufre de una perturbación en su economía libidinal; las funciones biológicas de su sexualidad están en parte patológicamente distorsionadas y, en parte, reprimidas. El que la economía de la libido de un individuo sea normal o perturbada debe depender de su estructura libidinal. En otras palabras, debíamos establecer una distinción fundamental entre aquellas estructuras libidinales que permitían una economía normal de la libido, y aquellas otras que la hacían imposible. Nuestra posterior diferenciación entre "carácter genital" y "carácter neurótico" fué la manera de formular tal distinción.

Los puntos de vista *tópico* y *dinámico* eran de fácil manejo en la práctica cotidiana; se trataba del grado de conciencia o inconsciencia de una idea, o de la intensidad de una ruptura afectiva de la represión, respectivamente. Menos claro resultaba, sin embargo, de qué manera encontraría su aplicación práctica el punto de vista *económico*. En este campo, nos ocupábamos del factor cuantitativo de la vida psíquica, de la cantidad de libido contenida o descargada. ¿Qué debíamos hacer con esta dificultad determinada por la cantidad, en vista del hecho de que

en el análisis sólo tratamos, en forma inmediata, con calidades? En primer lugar, había que comprender por qué, en nuestra teoría de las neurosis tropezamos continuamente con el factor cuantitativo y por qué, al explicar los fenómenos psíquicos, resultaban insuficientes las cualidades de la vida psíquica. Así pues, mientras la experiencia y las consideraciones teóricas sobre cuestiones de terapia analítica, seguían señalando por igual hacia el problema de la cantidad, la experiencia clínica vino inesperadamente a arrojar luz sobre el problema.

La experiencia práctica mostró que muchos casos, a pesar de análisis extensivos e intensivos, seguían siendo refractarios, mientras otros pueden lograr una salud permanente a pesar de una incompleta exploración del inconsciente. Al comparar estos dos grupos¹ se encontró que los pacientes que continuaban siendo refractarios o que sufrían recaídas al cabo de breve tiempo, no habían sido capaces de establecer una vida sexual normal después del análisis, o bien habían continuado viviendo en la abstinencia sexual, mientras los otros, capacitados por un análisis parcial, pronto habían establecido una vida sexual satisfactoria. El estudio del pronóstico de los casos corrientes reveló, además, que a igualdad de las demás condiciones, el pronóstico es tanto mejor cuanto mejor se ha establecido la primacía genital en la niñez y la adolescencia; a la inversa, el pronóstico era tanto peor cuanto menor la cantidad de libido unida a los genitales en la niñez; resultaron más o menos inaccesibles aquellos casos que habían fracasado por completo en el establecimiento de la primacía genital durante la infancia y que habían usado sus genitales exclusivamente en el sentido de erotismo oral, anal o uretral.² Al revelarse la genitalidad como criterio tan importante para el pronóstico, fué necesario examinar los pacientes en cuanto a su genitalidad, a su potencia. Este examen puso de manifiesto el hecho de que no había mujeres sin alguna perturbación de la potencia vaginal, y casi no había hombres sin perturbaciones de la potencia erectiva y eyaculativa. Los pacientes que no presentaban perturbaciones de la potencia en el sentido usual, esto es, el pequeño número de neuróticos erectivamente potentes, parecía invalidar la importancia de la genitalidad para comprender el factor económico en la terapia.

Por último, debimos llegar a la consideración de que la potencia erectiva no tiene importancia como tal, pues no establece diferencia alguna en lo que se refiere a la *economía* de la libido. Lo que importa es si existe la *capacidad para obtener adecuada gratificación sexual*. En el caso de las mujeres vaginalmente anestésicas, resultaba claro de dónde obtenían su energía los síntomas, en otras palabras, qué era lo que mantenía el estasis de la libido, la fuente específica de energía de la neurosis. El concepto económico de impotencia *orgástica*, esto es, la incapacidad de descargar una cantidad de energía sexual correspondiente a la tensión sexual, se puso de manifiesto sólo mediante una exacta exploración de

1. Cf. Reich, "Über Genitalität", *Internat. Zeitschr. f. Psychoan.*, 10, 1924 y "Die therapeutische Bedeutung der Genitallibido", *ibid.*, 11, 1925.

2. Con posterioridad, ha llegado a ser posible lograr considerables mejoras incluso en estos pacientes.

los pacientes masculinos con potencia erectiva. Presenté la importancia cardinal de la genitalidad, o de la impotencia orgástica, para la etiología de las neurosis, en mi libro *Die Funktion des Orgasmus*.³ Alcanzó importancia teórica, también para las investigaciones caracterológicas, a través de sus vinculaciones con la teoría de las “neurosis actuales”. En esta forma apareció de pronto con claridad dónde residía el problema de la cantidad: no podía ser otra cosa que la base somática, el “núcleo somático de la neurosis”, o la neurosis actual (neurosis estática) que se desarrolla a partir de la libido contenida. Vale decir, el problema económico de la neurosis, y asimismo la terapia de la neurosis, pertenecía en gran medida al dominio somático y no era accesible sino a través de los contenidos somáticos del concepto de libido.⁴

Ahora, estábamos mejor preparados para encarar la cuestión de qué debe agregarse al hecho de volver consciente lo inconsciente con el fin de eliminar el síntoma. Lo que se vuelve consciente es sólo el *significado*, el contenido ideativo del síntoma. En términos dinámicos, el proceso de hacerse consciente produce por sí mismo cierto alivio, debido a la liberación emocional relacionada con el proceso y porque torna innecesaria cierta cantidad de represión. Pero por sí solos, estos procesos producen cambios muy escasos en cuanto se refiere a la *fuerza* de energía del síntoma o del rasgo neurótico de carácter; a pesar de la conciencia del significado del síntoma, la estasis de la libido sigue existiendo. Ciertamente, la presión de la libido contenida puede aliviarse en cierta medida mediante un trabajo intensivo, pero la liberación definitiva de la tensión sexual requiere gratificación sexual *genital*; la pregenitalidad no puede brindar el orgasmo. Solo el establecimiento de la potencia orgástica dará como resultado un cambio decisivo, en términos económicos. Tal como ya lo dijera una vez: al eliminar las represiones sexuales, el análisis crea la posibilidad de una *organoterapia espontánea* de las neurosis. Vale decir, en último análisis el agente terapéutico es un proceso orgánico en el metabolismo sexual. Este proceso se basa en la gratificación sexual durante el orgasmo genital. Eliminando la neurosis actual (neurosis estática), el núcleo somático de la neurosis, elimina también la superestructura neurótica. Originalmente, al desarrollarse la neurosis, tuvo lugar el siguiente proceso: una inhibición externa que luego se internalizó, creó la estasis de la libido; ésta, a su vez, invistió de energía las experiencias de la edad edípica; la estasis libidinal, que continúa existiendo como resultado de la represión sexual, suministra constantemente energía a la psiconeurosis; existe un círculo vicioso. La terapia invierte este proceso; trabajando sobre la psiconeurosis mediante el hecho de volver conscientes las inhibiciones y fijaciones inconscientes, crea la posibilidad de eliminar la estasis libidinal; una vez logrado esto, resultan innecesarias la represión y la psiconeurosis; más aún, resultan imposibles.

³ Cf. también *The Function of the Orgasm*, Orgone Institute Press, 1942, 1948. (Hay versión española: *La función del orgasmo*, Buenos Aires, Paidós, 1955).

⁴ Cf. Reich, “Die Rolle der Genitalität in der Neurotherapie”, *Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherapie*, I.

Este es en líneas generales el concepto del papel del núcleo somático de la neurosis, tal como lo presenté en el libro antes mencionado. Suministra al análisis una meta terapéutica definida: si el paciente ha de mejorar y mantenerse bien, debe llegar a poder establecer una *vida sexual genital satisfactoria*. Independientemente de cuán cerca o lejos de esta meta tendremos que detenernos en numerosos casos, la dinámica de la estasis libidinal demuestra de manera definida que tal es la verdadera meta terapéutica. Sería peligroso hacer de la gratificación sexual efectiva un requerimiento terapéutico menos estricto que la sublimación; si no por otro motivo, porque la capacidad de sublimar es un don todavía no del todo comprendido, mientras la capacidad de gratificación sexual, aun considerablemente restringida por los factores sociales, puede llegar a establecerse en los casos corrientes. Va implícito en todo esto que desplazar el acento de la sublimación hacia la gratificación sexual directa como objetivo terapéutico, aumenta sobremanera el campo de nuestras posibilidades terapéuticas. Por otra parte, este desplazamiento también nos pone frente a dificultades sociales que no debieran ser subestimadas.

Las discusiones técnicas que siguen mostrarán que este objetivo no puede alcanzarse mediante la educación, la "síntesis" o la sugestión, sino sólo mediante un minucioso análisis de las inhibiciones sexuales existentes *en el carácter*. Pero antes, algunos comentarios sobre la presentación que de la teoría de la terapia psicoanalítica hace Nunberg en su libro *Allgemeine Neurosenlehre*. Nunberg considera como primera tarea terapéutica la de "ayudar a los instintos a descargarse y a ganar acceso a la conciencia". Además, considera importante que "se establezca la paz entre las dos partes de la personalidad, el yo y el ello, en el sentido de que los instintos ya no lleven una existencia separada, fuera de la organización del yo, y que el yo reconquiste su poder sintético". Esto es, aunque incompleto, esencialmente correcto. Pero Nunberg comparte el antiguo concepto, erróneo según lo ha demostrado la experiencia práctica, de que en el acto de recordar se descarga, se "gasta" energía psíquica. Es decir, su explicación de la dinámica de la terapia se detiene en el hecho de volver consciente lo reprimido, sin preguntarse si las pequeñas cantidades de afecto descargadas en este proceso pueden bastar para descargar la cantidad total de libido contenida, y para producir una economía energética bien regulada. Para contrarrestar esta objeción, Nunberg podría argüir que la energía total se descarga en el curso de todos los innumerables actos de volver consciente lo inconsciente. Pero la experiencia clínica demuestra que en el acto de volver consciente algo inconsciente se descarga sólo una pequeña parte del afecto relacionado con una idea reprimida; la mayor parte se desplaza muy pronto a otra actividad inconsciente o bien no existe descarga alguna de afecto sí, por ejemplo, ese afecto está contenido en una actitud caracterológica; en ese caso, el hecho de que se vuelva consciente algún material inconsciente, carece de efecto terapéutico. Vale decir, es imposible hacer derivar la dinámica de la terapia sólo del proceso de volver conscientes los contenidos inconscientes.

Esto conduce a otra crítica necesaria a las formulaciones de Nunberg. Este dice que la compulsión de repetición trabaja independientemente de la transferencia, y que se basa en las fuerzas de atracción de las ideas infantiles reprimidas. Eso sería correcto si la compulsión de repetición fuese un hecho primario. La experiencia clínica demuestra, sin embargo, que la atracción de las ideas infantiles e inconscientes se basa en la fuerza de las necesidades sexuales insatisfechas, y que conserva su carácter repetitivo compulsivo sólo mientras se ve bloqueado el camino hacia la gratificación sexual madura. Esto es, la compulsión de repetición neurótica depende de la situación económica de la libido. Así pues, la paz entre el yo y el ello, postulada acertadamente por Nunberg, puede establecerse sólo sobre determinada base económico-sexual: en primer lugar, reemplazando los impulsos pregenitales por impulsos genitales y, en segundo, mediante la gratificación efectiva de las necesidades genitales, la cual también resuelve de manera definitiva el problema de la estasis.

El concepto teórico de Nunberg conduce a una actitud técnica que no podemos considerar como la verdadera actitud analítica. Nunberg afirma que no deben encararse directamente las resistencias. En cambio, el analista debiera movilizar contra ellas la transferencia positiva, “infiltrándose” en el yo del paciente y destruyéndolas desde esa posición. En esta forma, cree, se establece una situación análoga a la existente entre una persona hipnotizada y el hipnotizador. “Puesto que el analista se encuentra ahora rodeado de la libido en el yo, en cierto modo neutraliza la estrictez del superyó”. En esta forma, cree Nunberg, el analista puede producir la reconciliación de las dos partes escindidas de la personalidad neurótica. Las objeciones a este punto de vista son las siguientes:

a) Precisamente este “infiltrarse en el yo” es peligroso en muchos casos, pues en el comienzo del tratamiento nunca existe una auténtica transferencia positiva. Se trata siempre de un problema de actitudes narcisistas, tales como la dependencia infantil, que pueden convertirse rápidamente en odio porque la reacción de decepción es más fuerte que la relación positiva con el objeto. Este “infiltrarse” con el fin de rodear las resistencias y “destruirlas desde dentro” es peligroso por cuanto permite a las resistencias disfrazarse; aún más importante es que reaparecerá la antigua condición o, peor aún, aparecerán reacciones violentas de decepción, tan pronto como la débil relación con el objeto se debilite aún más o se vea reemplazada por otros tipos de transferencia. Es precisamente este procedimiento el que produce las manifestaciones más difíciles de transferencia negativa, manifestaciones que aparecen demasiado tarde y de manera desordenada. El resultado es a menudo la repentina interrupción del tratamiento por parte del paciente, o el suicidio. Este tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando ha tenido buen éxito el establecimiento de tal actitud positiva artificial, hipnoidea; por otra parte, una abierta y clara elaboración de las reacciones destructivas y narcisistas puede impedir tanto la interrupción como el suicidio.

b) El establecimiento artificial de una transferencia positiva —en lugar de hacerla cristalizar a partir de las fijaciones infantiles— crea el

peligro de una aceptación superficial de las interpretaciones, la cual puede engañar al paciente tanto como al analista acerca del verdadero estado de cosas, hasta que resulta demasiado tarde para corregir la situación. Por desgracia, demasiado a menudo se establece una suerte de situación hipnótica; pero debe desenmascarársela como resistencia, y debe ser eliminada.

c) Si en el comienzo del tratamiento la angustia mengua, ello sólo demuestra que el paciente ha volcado una parte de su libido en la transferencia, incluso en la transferencia negativa; no significa que ha disuelto angustia alguna. En ocasiones puede ser necesario, a fin de continuar el tratamiento, aliviar la angustia aguda; pero en general, se debe hacer comprender al paciente que sólo puede mejorar cuando moviliza una cantidad máxima de destructividad y angustia.

Me resulta sumamente familiar, por mi propia experiencia, la descripción del curso típico de un análisis, tal como la enuncia más abajo Nunberg. Sólo puedo agregar que hago todos los esfuerzos posibles para impedir tal curso y que por ese motivo presto tanta atención a la técnica de analizar las resistencias al comienzo del tratamiento. Lo que sigue es el resultado común de descuidar la transferencia negativa en el comienzo del tratamiento y de juzgar erróneamente la fuerza de la transferencia positiva:

Durante algún tiempo, existe completo acuerdo entre paciente y analista; más aún, el primero depende completamente del segundo, incluso para las interpretaciones, y si ello fuese posible, dependería también en lo que se refiere a los recuerdos. Pero pronto esta armonía se ve perturbada. Como lo he dicho antes, cuanto más en lo profundo se adentra el análisis, tanto más se fortalecen las resistencias; esto adquiere mayor intensidad cuanto más nos aproximamos a la situación patológica original. Agregado a esta dificultad, existe el elemento de frustración en la transferencia, que debe aparecer inevitablemente, tarde o temprano, pues las exigencias personales que el paciente plantea al analista no pueden ser satisfechas. Ante esta frustración, la mayoría de los pacientes reaccionan con una disminución del trabajo analítico, con *acting out*; vale decir, se comportan tal como lo hicieron alguna vez en situaciones previas análogas. Podríamos pensar que al hacerlo expresan cierta actividad... por el contrario, la evaden, se comportan básicamente de manera pasiva. Esto es, la compulsión de repetición, uno de los factores en la producción de fijaciones, gobierna también en la situación transferencial las expresiones psíquicas de lo reprimido. Ahora el paciente deja una parte del trabajo activo al analista: la parte de adivinar lo que quiere decir y no puede expresar. Por lo general, se trata del problema de ser querido. La omnipotencia de los medios de expresión (que pueden carecer de palabras), así como la supuesta omnipotencia del terapeuta, se someten a una prueba extrema. El analista logra en parte desenmascarar estas resistencias, en parte es imposible adivinar de qué se trata. El conflicto, ya no más interno sino entre el paciente y el analista, llega así a su punto culminante. *El análisis corre el riesgo de fracasar, esto es, el paciente se ve frente a la elección entre perder al analista y su amor, o volver a tomar el trabajo activo* (la bastardilla es mía. W. R.). Si la transferencia es fuerte, esto es, si el paciente cuenta con un mínimo de libido objetal ya desalojada de su fijación, se asusta ante la pérdida.

En tales casos, sucede a menudo algo peculiar: en un momento en que el analista ya ha abandonado las esperanzas y ha perdido interés en el caso, aparece de pronto una gran abundancia de material, que promete una rápida terminación del análisis (Nunberg, *Allgemeine Neurosenlehre*, p. 305).

Sin duda, un análisis consecuente y sistemático de las resistencias no es posible en todos los casos. Pero donde tiene éxito, la desesperanza antes mencionada no se presenta. Donde no lo tiene, tales situaciones son perfectamente comunes; tanta mayor razón para prestar la más minuciosa atención a la técnica de analizar las resistencias.

CAPÍTULO III

SOBRE LA TÉCNICA DE LA INTERPRETACION Y EL ANALISIS DE LAS RESISTENCIAS *

I. ALGUNOS ERRORES TÍPICOS EN LA TÉCNICA DE LA INTERPRETACIÓN, Y SUS RESULTADOS

Debemos distinguir en la labor analítica dos partes: primero, la curación del paciente; segundo, su inmunización en la medida en que puede tener lugar durante el tratamiento. La curación misma consta de dos partes, la fase introductoria y el proceso de curación propiamente dicho. Esta distinción es artificial, es cierto; hasta la primera interpretación de resistencia tiene mucha relación con la cura. No obstante, incluso los preparativos para un viaje, al cual Freud comparó el análisis, tienen gran relación con el viaje mismo y pueden decidir su éxito o fracaso. En el análisis, como quiera que sea, todo depende de cómo se lo comienza. Un caso comenzado de manera errónea o confusa está por lo común perdido. La mayor parte de los casos presentan las mayores dificultades en el período introductorio, independientemente de que “vayan bien” o no. Son precisamente los casos que al parecer se desarrollan en un comienzo como sobre rieles, los que luego presentan las mayores dificultades, pues el curso llano del comienzo torna difícil el temprano reconocimiento y eliminación de las dificultades. Los errores cometidos en la introducción del análisis son tanto más difíciles de eliminar cuanto más tiempo prosigue el tratamiento sin corregirlos.

Ahora bien, ¿cuáles son estas dificultades especiales y típicas del período introductorio?

El objetivo del análisis en el período introductorio es penetrar hasta las fuentes de energía de los síntomas y del carácter neurótico, a fin de poner en movimiento el proceso terapéutico. Esta tarea se ve obstaculizada por las resistencias del paciente, entre las cuales las más empecinadas son las provenientes de conflictos transferenciales. Deben hacerse conscientes, ser interpretadas y abandonadas por el paciente. Así éste progresa, cada vez con mayor profundidad, hacia los recuerdos afectivamente importantes de la temprana infancia. La muy discutida cuestión de qué es más importante, si el re-vivir afectivo (*acting out*) o el recordar, carece de significado para nosotros. La experiencia clínica confirma las demandas de Freud en el sentido de que el paciente que tiende a

* Presentado por primera vez en el Seminario Técnico de Terapia Psicoanalítica de Viena, junio de 1926. Publicado en el *Internat. Zeitschr. f. Psychoan.*, 1927.

repetir sus experiencias por *acting out* debe, a fin de resolver realmente sus conflictos, no sólo comprender lo que está sometiendo al *acting out*, sino también recordar con afecto.¹ Menciono esto sólo porque no quiero dar la impresión de que considerábamos nuestra tarea como consistente sólo en análisis de resistencias y transferencias, impresión que podría surgir del mero hecho de que en este capítulo no discutimos sino los principios del análisis de la resistencia.

Ahora bien, ¿qué se da, en tantos casos, en lugar del recordar cargado de afecto?

Hay casos que fracasan porque el analista, como resultado de las numerosas transferencias heterogéneas, se pierde en la abundancia del material aportado por el paciente. Denominamos a ésta "situación caótica" y hallamos que es provocada por ciertos errores en la técnica de la interpretación. Luego, hay numerosos casos en los cuales se pasa por alto la transferencia negativa por estar oculta detrás de actitudes positivas manifiestas. Por último, hay numerosos casos que no muestran progreso alguno pese a un trabajo de rememoración de profundos alcances, pues no se prestó atención a su invalidez afectiva o porque no se hizo de ella el punto focal del análisis. Por oposición a estos casos que parecen seguir un curso normal, pero finalizan en una situación caótica, tenemos aquellos otros que "no marchan", es decir, no producen asociaciones y oponen a nuestros esfuerzos resistencias pasivas.

He de esbozar algunos de mis propios fracasos y pronto veremos que se deben a errores típicos. La similitud entre la mayoría de estos fracasos apunta hacia errores típicos cometidos en el período introductorio, errores que ya no pueden contarse entre los pecados del principiante inexperto. Esto no es motivo de desesperación; como dijera una vez Ferenczi, toda nueva experiencia nos cuesta un caso. Todo lo que importa es apreciar el error y aprender algo de él. No sucede cosa distinta en otras ramas de la medicina; dejaremos a los demás el tratar de encubrir los fracasos con el silencio y el tratar de explicarlos mediante excusas más o menos bien pensadas.

Un paciente aquejado de sentimientos de inferioridad y timidez hizo un *acting out* de su impotencia bajo la forma de no tener asociaciones ("No puedo hacer nada"). En lugar de reconocer la índole de esta resistencia y traer a la conciencia la tendencia a la autodisminución oculta tras ella, insistí en decirle que no quería trabajar y no deseaba mejorar. Si bien no estaba del todo errado en esto, cometí la equivocación de no trabajar con su "no querer" y no tratar de comprender los motivos de su incapacidad; en cambio, mi propia incapacidad me condujo a formular estos reproches sin sentido. Todo paciente tiene tendencia a permanecer enfermo y sé que ante situaciones poco claras, numerosos analistas usan a menudo como reproche, sin mayor explicación, la frase "Usted no quiere mejorar". Debiera ser eliminada del vocabulario

¹ Nota de 1945: Este problema técnico del psicoanálisis ha hallado desde entonces su completa solución: en la orgonterapia, los recuerdos patogénicos aparecen espontáneamente y sin esfuerzo cuando las emociones somáticas irrumpen a través de la coraza muscular.

de los analistas y reemplazada por el autoexamen. Pues debemos caer en la cuenta de que todo abismo sin salvar en el curso de un análisis, es falta del analista.

Otro paciente había llegado a recordar, al cabo de tres años de análisis, la escena primordial con todos sus pormenores. Pero ni una sola vez menguó su invalidez afectiva, ni una sola vez lanzó contra el analista los reproches que guardaba —sin afecto, cierto es— en su mente contra el padre. No estaba curado. Yo no había sabido cómo desarrollar su odio reprimido. ¡Ah, se regodearán muchos, por fin admite que el recobro de la escena primordial no hace ningún bien terapéuticamente! Están equivocados. Sin análisis de las tempranas experiencias infantiles, no existe verdadera cura. Lo que importa es que estos recuerdos aparezcan con los afectos correspondientes.

En otro caso, la fantasía de incesto apareció claramente en relación con un sueño, a la segunda semana de iniciado el análisis, y el paciente mismo comprendió su significado. Durante todo un año, no volvió a hablar del asunto; el resultado fué, correspondientemente, pobre. Yo había aprendido que algunas veces es necesario suprimir material que aparece demasiado pronto, y hacerlo a un lado hasta que el paciente se halle en condiciones de asimilarlo.

Un caso de eritrofobia resultó en fracaso porque interpreté minuciosamente todo el material a medida que iba apareciendo, sin haber eliminado primero, y con cuidado, las resistencias. Estas aparecieron más tarde, pero entonces con gran intensidad y en caótico desorden; yo había gastado ya mis cartuchos, mis explicaciones carecieron de efecto, fué imposible restablecer el orden. Debo decir que en esa época, en el tercero o cuarto año de mi carrera de analista, yo ya no era tan principiante como para haber interpretado lo inconsciente a menos que se hubiese mostrado en una forma clara e inequívoca y el paciente se hubiese aproximado a la solución por sí mismo, que es cuando Freud sostenía que deben darse las interpretaciones. Es evidente, sin embargo, que esta precaución no basta, pues esa situación caótica era de la misma índole que uno encuentra en seminarios y análisis de control.

Un caso de histeria clásica con estados crepusculares podía haber hecho un excelente restablecimiento, a juzgar por experiencias posteriores con casos similares. Pero no llegué a comprender y a tratar a tiempo las reacciones de la paciente ante el análisis de la transferencia positiva, vale decir, su odio reactivo. Me dejé seducir y arrastrar a un caos por sus recuerdos y no pude luego encontrar una salida. La paciente continuó sufriendo estados crepusculares.

Una serie de malas experiencias debidas al manejo equivocado de la transferencia en el momento de la reacción de decepción, me enseñó a valorar adecuadamente el peligro del análisis de la transferencia negativa, ya sea la transferencia negativa original, ya aquella originada en la decepción del amor transferencial. Hasta tanto un paciente que, en una buena transferencia positiva, había aportado abundantes recuerdos sin lograr pese a ello mejorar, me dijo muchos meses después de interrumpir el análisis que nunca había confiado en mí, hasta entonces no apreció

realmente el peligro de una transferencia negativa a la cual se deja permanecer en estado latente. Esto me hizo buscar, con éxito, los medios de hacer que la transferencia negativa saliera siempre de sus escondites.

En el Seminario Técnico nos ocupaba también sobremedida el problema de la transferencia negativa, en particular la latente. En otras palabras, no se trataba de un punto ciego individual; pasar por alto la transferencia negativa parecía algo totalmente general. Sin duda, esto se debe a nuestro narcisismo, que nos predispone a escuchar lo que nos halaga, pero nos ciega a las actitudes negativas a menos que estén expresadas en forma más o menos grosera. Es asombroso que en la literatura psicoanalítica, "transferencia" se refiere siempre a actitudes positivas; fuera del artículo sobre "Passive Technik" de Landauer, el problema de la transferencia negativa ha sido esencialmente descuidado.

Pasar por alto la transferencia negativa es sólo uno de los numerosos errores que confunden el curso del análisis. Todos hemos experimentado lo que hemos denominado "situación caótica", de modo que me limitaré a algunos de los puntos principales.

Una situación es la siguiente: los recuerdos y los actos son muy numerosos, pero no muestran sucesión lógica alguna; el paciente aporta abundante material de todos los estratos de su inconsciente, de todas las edades; todo está allí, en una gran pila por así decirlo, mas, nada se elabora en el sentido de tender al objetivo terapéutico. A pesar de la riqueza de material, el paciente carece de toda idea de su importancia. El analista ha expuesto numerosas interpretaciones, pero éstas nunca han ahondado el análisis en una u otra dirección. Parece claro que todo lo que el paciente ha presentado estaba al servicio de una secreta e irrecognocida resistencia. Lo que torna peligrosos estos análisis caóticos es que el analista sigue creyendo durante un largo tiempo que todo marcha muy bien, simplemente porque el paciente "trae material". Esto continúa hasta que el analista —por lo común demasiado tarde— cae en la cuenta de que el paciente ha estado describiendo un círculo, presentando el mismo material desde diferentes puntos de vista. De esta manera, podría llenar horas de sesión durante años, sin sufrir jamás un verdadero cambio.

He aquí un caso característico que me envió un colega. El paciente había estado sometido a tratamiento durante ocho meses, debido a una perversión múltiple. Durante el tratamiento, había hablado continuamente, aportando material procedente de las capas más profundas, material que era constantemente interpretado. Cuando mayor la cantidad de material interpretado, más abundante era el caudal de asociaciones. Por último, el análisis hubo de ser interrumpido por motivos externos, y el paciente acudió a mí. En esa época, yo ya conocía en parte los peligros de las resistencias latentes. Me sorprendió el hecho de que el paciente aportase material inconsciente en forma ininterrumpida y fuese capaz, por ejemplo, de presentar los pormenores más finos del complejo de Edipo simple y doble. Le pregunté si realmente creía lo que estaba diciendo y lo que había oído. "Por supuesto que no, en lo más mínimo —contestó—. Ante todo esto, no puedo dejar de sonreír para mis adentros". Al preguntarle por qué no había dicho lo mismo al primer análisis

ta, contestó que no lo había creído necesario. No había nada que hacer, a pesar del vigoroso análisis de su sonrisa, pues ya había aprendido demasiado. Todas las interpretaciones se habían desvanecido en el aire, y mis propias interpretaciones rebotaban en su actitud sonriente. Al cabo de cuatro meses suspendí el tratamiento, enriquecido por otra experiencia. Es posible, sin embargo, que un análisis más prolongado y más consecuente de sus defensas narcisistas hubiese producido algún resultado después de todo. Pero en esa época yo no había logrado todavía los buenos resultados que uno puede conquistar mediante el trabajo consecuente sobre tales actitudes.

Al investigar las causas de esas situaciones caóticas, pronto descubrimos que debían achacarse a los siguientes errores en la técnica de la interpretación:

1. Interpretación *demasiado temprana* del significado de los síntomas o de otras manifestaciones de las capas más profundas del inconsciente, en particular los símbolos. El paciente pone el análisis al servicio de resistencias que permanecen ocultas y uno descubre demasiado tarde que, completamente intacto por el análisis, el paciente se ha limitado a describir círculos.

2. Interpretación del material en el orden en el cual se presenta, sin considerar la estructura de la neurosis y la estratificación del material. El error consiste en interpretar por la exclusiva razón de que el material se presenta con claridad (interpretación *asistemática* del significado).

3. El análisis se torna confuso no sólo por la interpretación del material a medida que éste se presenta, sino también porque las interpretaciones se plantean antes de trabajar sobre las resistencias principales. Vale decir, la interpretación del significado precede a la interpretación de la resistencia. La situación se complica más aún debido a que pronto las resistencias se concatenan con la relación con el terapeuta y así la *interpretación asistemática de las resistencias* también complica la situación transferencial.

4. La interpretación de las resistencias transferenciales es no sólo asistemática, sino también *inconsecuente*, o sea que se pasa por alto el hecho de que el paciente tiende a volver a esconder sus resistencias, a enmascararlas mediante producciones estériles o agudas formaciones reactivas. Las resistencias transferenciales latentes se pasan en su mayor parte por alto o bien el analista teme permitirles su pleno desarrollo, o traerlas a luz cuando están escondidas en una u otra forma.

Estos errores se basan probablemente en una concepción errónea de la regla de Freud según la cual el curso del análisis debe ser determinado por el paciente. Esta regla sólo puede querer decir que no debemos perturbar el trabajo del paciente mientras prosiga de acuerdo con su deseo de mejorar y con nuestras intenciones terapéuticas. Pero, por supuesto, debemos actuar tan pronto como el temor del paciente a afrontar su conflicto y su tendencia a seguir enfermo, perturban este curso.

2. INTERPRETACIÓN SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA

El lector preguntará ahora: ¿cuál es, pues, la técnica correcta? Habrá apreciado la dificultad en grado suficiente, para comprender que a partir de los errores descritos no puedo dar sino conclusiones muy generalizadas. Existe otra dificultad en la discusión de este tema: tratamos con la vida psíquica, viviente, en continuo cambio, la cual inevitablemente se vuelve más o menos rígida en cuanto la ponemos en palabras. Lo que sigue puede dar la impresión de un esquema rígido y sin embargo no es sino un esbozo aproximado de un campo aún por explorar y estudiar a fondo. Se trata sólo de establecer un lenguaje común. Lo que en la exposición siguiente aparezca como esquemático no es más que un medio de orientación. El esquema que se desarrolla automáticamente tan pronto como separamos un fenómeno de otro y los enfocamos por separado, no es sino un recurso científico. Por lo demás, no imputamos al paciente el esquema, la regla o el principio; en cambio, observamos al paciente sin ideas preconcebidas y obtenemos nuestra orientación a partir de *su* material, de *su* comportamiento, de lo que oculta o presenta engañosamente. Sólo entonces recurrimos a la pregunta, ¿cómo hago el mejor uso de lo que he aprendido de *este* caso, en la técnica de *aquel* otro? Sería más fácil si, como lo sugiriera Freud en el Congreso de Budapest, pudiésemos formular diferentes tipos de resistencia; pero aun entonces deberíamos descubrir en cada caso si el paciente muestra este o aquel tipo de resistencia típica. La transferencia negativa latente es sólo *una* de estas resistencias típicas y no debemos pasar por alto las otras. La orientación puede adquirirse sólo a base del material de cada paciente por separado.

Hemos visto que las interpretaciones que llegan a lo profundo deben evitarse mientras no resulte claro el primer frente de resistencias cardinales y *no se lo haya eliminado*, independientemente de cuán vasto, claro e interpretable sea el material. Cuanto más material mnémico presenta un paciente sin haber producido las correspondientes resistencias, tanto más debemos estar en guardia. Por lo menos, ante la alternativa de interpretar material inconsciente o trabajar sobre las resistencias manifiestas, uno decidirá en favor de esto último. Nuestro principio es: *no debe interpretarse el significado cuando se necesita una interpretación de la resistencia*. La razón de esto es por demás sencilla. Si se interpreta el significado *antes* de eliminar la correspondiente resistencia, el paciente acepta la interpretación por razones de transferencia, o bien la desprecia por completo a la primera aparición de una actitud negativa, o bien la resistencia se produce más tarde. En cualquier caso, la interpretación ha perdido su efectividad terapéutica y resulta difícil, si no imposible, corregir la situación. El camino hacia lo profundo de lo inconsciente, que la interpretación debe seguir, ha sido bloqueado.

Es importante no perturbar al paciente durante las primeras semanas del desarrollo de su "personalidad analítica". Las resistencias tampoco pueden ser interpretadas antes de haberse desarrollado en su plenitud y ser fundamentalmente comprendidas por el analista. Por supuesto,

el momento en el cual se da comienzo a la interpretación de la resistencia dependerá en gran medida de la experiencia del analista; el experto no necesitará más que indicios ligeros, mientras el principiante, en el mismo caso, necesitará actos más o menos evidentes. Requiere apreciable experiencia reconocer los indicios de una resistencia *latente*. Si uno ha captado el significado de tales resistencias, las hará conscientes mediante una interpretación consecuente; esto es, demostrará al paciente, primero, que tiene una resistencia; luego, qué medios emplea esta resistencia y, por último, contra qué está dirigida.

Si la primera resistencia transferencial no ha ido precedida de suficiente producción de material mnémico, su resolución afronta una dificultad que, es cierto, disminuye con el aumento de experiencia del analista. Esta dificultad consiste en que a fin de resolver la resistencia, uno debe conocer el material inconsciente que contiene; mientras, por otra parte, no puede llegar a este material pues la resistencia lo bloquea. Tal como un sueño, toda resistencia tiene un significado histórico (un origen) y un significado actual. La dificultad puede superarse de la siguiente manera: a base de la situación presente —cuyo desarrollo uno ha estado observando— y a base de la forma y los medios de la resistencia, uno descubre el significado y propósito actuales de la misma. Se puede entonces influir sobre ella mediante la interpretación, en forma suficiente para que aparezca el material infantil; sólo con ayuda de este material puede resolverse plenamente la resistencia. En lo que se refiere al descubrimiento de las resistencias y la adivinación de su significado presente, no puede haber, por supuesto, reglas rígidas y estrictas; se trata en gran medida de una cuestión de intuición; aquí es donde comienza el inenseñable arte analítico. Cuanto más sutiles y más secretas son las resistencias, cuanto más engaña el paciente, tanto más segura y digna de confianza debe ser la acción intuitiva del analista. En otras palabras, el analista debe estar libre de inhibiciones y debe poseer además un don especial.

¿Qué es una “resistencia latente”? Actitudes del paciente que no se expresan en forma directa e inmediata como en el caso de duda, desconfianza, llegar tarde, silencio, desprecio, falta de asociaciones, etc., sino en forma indirecta en cuanto a la modalidad de la producción analítica. Así por ejemplo, la extrema complacencia o completa falta de resistencias manifiestas, señalan siempre una resistencia pasiva latente y, por ende, tanto más peligrosa. Yo encaro estas resistencias latentes en cuanto las percibo y no vacilo en interrumpir las comunicaciones del paciente tan pronto como oigo lo suficiente para comprender la resistencia. Pues la experiencia demuestra que el efecto terapéutico de las comunicaciones del paciente se pierde si las hace en presencia de resistencias sin resolver.

~ La valoración unilateral y en consecuencia errónea del material analítico, y la falsa interpretación de la tesis de Freud según la cual debemos partir de la superficie, conducen a menudo a malos entendidos peligrosos y a dificultades técnicas. En primer lugar, ¿qué significa “material analítico”? El concepto usual es el siguiente: las comunicaciones del paciente, sus sueños, asociaciones, actos fallidos. Es cierto, existe a

menudo una apreciación teórica del hecho de que la conducta total del paciente también posee significación analítica; pero experiencias definidas de Seminario muestran que el comportamiento del paciente, su mirada, su manera de hablar, su expresión facial, su ropa, su modo de dar la mano, etc., que todas estas cosas no sólo son subestimadas en cuanto a su significación analítica, sino por lo general completamente pasadas por alto. En el Congreso de Innsbruck, Ferenczi y yo, cada uno por separado, acentuamos la significación de estos elementos formales para la terapia; para mí han llegado a ser, en el decurso de los años, el más importante punto de partida para el análisis del carácter. La sobreestimación del contenido del material corre por lo general paralela a una subestimación, si no a un completo descuido, de la manera en que el paciente enuncia ese contenido. Sin embargo, si uno pasa por alto el modo de comportarse del paciente, o deja de considerarlo por lo menos tan importante como el contenido, llega sin darse cuenta a un concepto terapéutico peligroso de la "superficie psíquica". Si un paciente es, por ejemplo, muy cortés y al mismo tiempo aporta amplio material —pongamos por caso, sobre sus relaciones con la hermana— uno se ve frente a dos contenidos simultáneos de la "superficie psíquica": su amor a la hermana y su comportamiento, su cortesía. Ambos tienen raíces inconscientes. Esta concepción de la superficie psíquica confiere un aspecto distinto a la regla de que "siempre se debe partir de la superficie". La experiencia analítica muestra que tras esta cortesía y amabilidad se esconde *siempre* una actitud crítica, de desconfianza o de menosprecio, más o menos inconsciente; esto es, la cortesía estereotipada del paciente es en sí misma un indicio de crítica negativa, de desconfianza o menosprecio. Siendo éste el caso, ¿es admisible interpretar el amor incestuoso por la hermana cuando aparece un sueño o una asociación correspondiente? No. Existen buenos motivos para elegir una parte de la superficie psíquica y trabajar primero sobre ella y no sobre otra. Si hubiéramos de esperar hasta que el paciente mismo comience a hablar de su cortesía y los motivos de ésta, cometeríamos un serio error. Dado que semejante rasgo de carácter se convierte en el análisis, de inmediato, en una resistencia, se le aplica lo mismo que a cualquier otra resistencia: el paciente nunca se referirá a ella por sí mismo, corre por cuenta del analista des-enmascararla como resistencia. Aquí cabría una objeción importante: mi aseveración de que la cortesía se convierte de inmediato en una resistencia es incorrecta, pues de ser así el paciente no produciría material alguno. Pero lo importante es precisamente que, en particular al comienzo, no interesa tanto el contenido como el aspecto formal del material. Para seguir con el ejemplo de la cortesía: como resultado de sus repressions, el neurótico tiene todos los motivos para valorar altamente su cortesía y todas las convenciones sociales, y usarlas como protección. Es verdad, quizá sea más agradable tratar a un paciente cortés que a uno descortés, muy sincero, a uno que dice al analista que es demasiado joven o demasiado viejo, que tiene un departamento ruinoso o una mujer fea, que parece estúpido o demasiado judío, que se comporta en forma neurótica y le convendría someterse él mismo a un análisis, etc.

Estas cosas no son necesariamente fenómenos transferenciales: en la realidad, el analista nunca es una "pantalla en blanco"; las características personales del analista son un hecho que, ante todo, nada tiene que ver con la transferencia. Y los pacientes tienen una extraordinaria habilidad para percibir nuestros puntos débiles; más aún, al olerlos, muchos pacientes se vengán por la imposición de la regla fundamental. Existen algunos, en su mayoría caracteres sádicos, que obtienen su placer sádico de la sinceridad que se les pide. Desde el punto de vista terapéutico, esta conducta es valiosa aunque en ocasiones se convierta en resistencia. Pero la abrumadora mayoría de nuestros pacientes son demasiado inhibidos y angustiados, están demasiado cargados de sentimientos de culpa, para poder desarrollar tal sinceridad en forma espontánea. En desacuerdo con muchos de mis colegas, debo mantener mi afirmación de que todos y cada uno de los casos, sin excepción, comienzan el análisis con una actitud más o menos explícita de desconfianza y crítica que, por regla general, *permanece escondida*. A fin de convencerse de esto, es necesario hacer que el paciente discuta, antes que nada, todos los factores inherentes a la situación que hacen a la desconfianza y a la crítica (nuevo tipo de situación, persona desconocida, opinión pública acerca del psicoanálisis, etc.); sólo a través de esta sinceridad por parte del analista puede conquistarse la confianza del paciente. La cuestión técnica en cuanto a cuándo deben discutirse estas actitudes, no necesariamente neuróticas, de desconfianza y crítica, no es difícil: se trata meramente de evitar cualquier interpretación profunda del inconsciente mientras entre paciente y analista continúe existiendo la muralla de la cortesía convencional.

No podemos continuar la discusión de la técnica de la interpretación sin incluir el desarrollo y tratamiento de la neurosis transferencial. En un análisis llevado a cabo correctamente, no pasa mucho tiempo antes de aparecer la primera resistencia transferencial intensa. Tendremos que comprender primero por qué la primera resistencia significativa contra la continuación del análisis establece automáticamente, y en una forma determinada por la estructura del caso individual, una conexión con el analista; ¿cuál es el motivo para lo que Ferenczi denominara "compulsión de transferencia"? Nuestra insistencia en seguir la regla fundamental ha comenzado a sacar de sus escondites cosas prohibidas. Tarde o temprano, el paciente erige una acentuada defensa para evitar que tales cosas se hagan conscientes. En un comienzo, esta defensa va dirigida exclusivamente contra el material reprimido; pero el paciente no sabe que tiene en él esas cosas prohibidas, ni que se defiende contra ellas. Como lo ha demostrado Freud, las resistencias mismas son inconscientes. Sin embargo, la resistencia es un proceso emocional y por esta causa no puede permanecer oculta. Como todo lo dotado de base irracional, este afecto también busca una causación racional, un anclaje en una situación real. Así pues, el paciente proyecta; proyecta sobre quién, mediante su insistencia en la regla fundamental, ha agitado y avivado todo el conflicto. El desplazamiento de la defensa desde lo inconsciente hacia el terapeuta trae consigo, también, un desplazamiento del conte-

nido inconsciente; también el contenido se desplaza hacia el analista. Este se convierte, por ejemplo, en el padre estricto o en la madre cariñosa. Resulta claro que esta defensa puede en un principio dar como resultado sólo una actitud negativa. Como perturbador del equilibrio neurótico, el analista se convierte automáticamente en enemigo, sin importar que los impulsos proyectados sean de amor o de odio, pues en ambos casos existe, al mismo tiempo, una defensa contra esos impulsos.

Si se proyectan primero impulsos de odio, la resistencia transferencial es inequívocamente negativa. Si son impulsos de amor, la resistencia transferencial real va precedida de una transferencia positiva manifiesta, mas no consciente. Esta, sin embargo, se convierte siempre en transferencia negativa reactiva, en parte debido a lo inevitable de la decepción —que resulta en la “reacción de decepción”—, en parte porque el paciente se defiende contra ella tan pronto como, bajo la presión de impulsos sensoriales, tiende a hacerse consciente; y toda defensa da como resultado actitudes negativas.

El problema técnico de la transferencia negativa latente es tan importante que requiere una exposición separada de sus numerosas formas y de su tratamiento. Sólo enumeraré aquí unos pocos cuadros típicos de enfermedad, en los cuales es muy probable encontrar una transferencia negativa latente.

1. Los pacientes excesivamente obedientes, excesivamente afables, demasiado confiados, esto es, los “*buenos pacientes*”; los casos que muestran siempre una transferencia positiva y nunca una reacción de decepción. Por lo común, se trata de caracteres pasivo-femeninos, o de histerias femeninas con tendencias ninfomaniacas.

2. Quienes se muestran siempre *convencionales y correctos*. Por lo común, se trata de caracteres compulsivos que han convertido su odio en “cortesía a toda costa”.

3. Los pacientes *inválidos de afecto*. Como los pacientes “correctos”, se caracterizan por una agresividad intensa, mas bloqueada. Por lo común, se trata de caracteres compulsivos, pero las histerias femeninas también muestran a menudo en la superficie una invalidez de afecto.

4. Pacientes que se quejan de falta de autenticidad en sus sentimientos y expresiones, esto es, sufren de *despersonalización*. Entre éstos han de contarse los pacientes que —consciente y a la vez compulsivamente— desempeñan un papel, esto es, en el fondo de sus mentes saben de alguna manera que engañan al terapeuta. Por lo común, pertenecen al grupo de neurosis narcisistas del tipo hipocondríaco. Muestran regularmente una “*sonrisa interior*” acerca de todo y todas las personas, algo que ellos mismos comienzan a sentir como cosa dolorosa y que presenta una tarea terapéutica llena de dificultades.

La forma y estratificación de la primera resistencia transferencial están condicionadas por las experiencias amorosas infantiles del individuo. Por esta causa, podemos lograr un análisis ordenado, no innecesariamente complicado, de los conflictos infantiles sólo si en nuestras interpretaciones prestamos la más estricta atención a esa estratificación. Es cierto, los contenidos de las transferencias no están determinados por

nuestras interpretaciones, pero la sucesión en que se aguzan depende de nuestra técnica de interpretación. No sólo importa que la neurosis transferencial se desarrolle, sino que al hacerlo siga los mismos caminos que su prototipo, la neurosis original, y que muestre la misma estratificación dinámica. Freud nos ha enseñado que la neurosis original sólo es accesible a través de la neurosis transferencial. Es claro que la tarea terapéutica resulta tanto más fácil cuanto más completa y ordenadamente se despliega la neurosis original en la neurosis transferencial. Por supuesto, esto tiene lugar en orden inverso. Es fácil comprender que un análisis defectuoso de la transferencia, tal como la interpretación de una actitud proveniente de una capa más profunda —independientemente de cuán clara sea la actitud y cuán correcta la interpretación en sí misma—, debe hacer perder claridad a la copia de la neurosis original e introducir el desorden en la neurosis transferencial. La experiencia nos enseña que la neurosis transferencial se desarrolla espontáneamente conforme a la estructura de la neurosis individual, si evitamos un error: el de exponer una interpretación demasiado temprana, demasiado profunda en sus alcances, y poco sistemática.

Recurramos a título de ilustración a un ejemplo esquemático: si un paciente amó primero a su madre, luego odió al padre y más tarde por temor renunció a la madre y convirtió el odio hacia el padre en amor pasivo-femenino, su primera transferencia —en un análisis de resistencia bien llevado— será la actitud pasivo-femenina, último resultado de su desarrollo libidinal. Un análisis sistemático de la resistencia traerá a luz el odio al padre que se oculta tras aquella actitud; sólo después de esto tendrá lugar una nueva catexis de la madre, en un principio bajo la forma de amor a la madre transferido al analista. A partir de allí, puede ser transferido a una mujer en la realidad.

Siguiendo con este ejemplo simplificado, consideraremos un posible resultado menos favorable. Pongamos por caso que el paciente muestra una manifiesta transferencia positiva y produce algunos sueños que demuestran su actitud pasivo-femenina, y otros que demuestran su ligazón con la madre. Ambos son igualmente claros e interpretables. Si el analista reconoce la verdadera estratificación de la transferencia positiva, si comprende que en ella el amor reactivo hacia el padre es la capa más superficial, el odio hacia el mismo es la segunda y el amor a la madre, transferido, la capa más profunda; si comprende todo esto, seguramente no se ocupará de la última actitud, por evidente que pueda ser. Si no lo hiciera así, si en cambio escogiera primero el amor a la madre, se interpondría, entre sus interpretaciones del amor incestuoso y la experiencia del paciente, el odio latente hacia el padre en forma de amor transferencial reactivo. Esto presentaría un bloque impenetrable de resistencias. La interpretación que debía haber atravesado la capa típicamente superior de desconfianza, incredulidad y defensa, sería aceptada en apariencia. Pero solamente en apariencia; no ejercería efecto terapéutico alguno y produciría un solo resultado: el paciente, aterrorizado por esta interpretación y puesto en guardia, ocultaría aún más cuidadosamente su odio hacia el padre y, debido a los intensificados senti-

mientos de culpa, se volvería aún más “bueno”. La situación analítica sería caótica.

Se trata, entonces, de seleccionar entre el material que afluye de numerosas capas psíquicas, aquella parte que en la resistencia transferenceal presente o pasada asume una posición central y no se halla cubierta por otras actitudes. Por teórico que esto pueda parecer, su ejecución es posible en cualquier caso corriente.

¿Qué sucede, pues, con el resto del material que en la actualidad es menos importante? Por lo común, basta con no ocuparse de él; con eso, automáticamente se retira. Sin embargo, muy a menudo sucede que un paciente pone en primer plano una actitud o determinadas experiencias, a fin de ocultar otras cosas de importancia más inmediata. Es claro que tal resistencia debe ser eliminada *señalando constantemente aquello que se oculta*, sin prestar atención alguna a la operación de distracción. Ejemplo típico lo constituye el comportamiento en la transferencia negativa latente: el paciente trata de esconder su crítica latente y su aversión, usando para ello comentarios forzosamente laudatorios sobre el analista y el análisis. Si se analiza esta resistencia, se llega fácilmente al motivo del paciente, su temor a expresar críticas.

Sólo raras veces es necesario suprimir material que afluye con demasiada rapidez, como cuando tendencias perversas o incestuosas inconscientes se vuelven conscientes demasiado pronto y en forma demasiado masiva, en un momento en que el paciente no está todavía en condiciones de afrontarlas. Si pasar por alto el material no basta, tendremos que desviar la atención del paciente.

De esta manera, el contenido central de la resistencia transferenceal permanece en estrecho contacto con los recuerdos, y los afectos desperdidos por la transferencia se asocian automáticamente con aquéllos. Así, uno evita la peligrosa situación en que los recuerdos aparecen sin afectos. La situación caótica, se caracteriza en cambio por una resistencia latente que permanece sin resolver durante meses y a la cual se ligan todos los afectos, mientras al mismo tiempo los recuerdos aparecen en total desorden, relacionados hoy con angustias de castración, luego con fantasías orales y más tarde con fantasías de incesto.

Seleccionando en forma adecuada el material para su interpretación, logramos una *continuidad* en el análisis. Con ello, no sólo comprendemos la situación actual en cualquier momento dado: también podemos seguir, como un hilo rojo, el desarrollo lógico de la transferencia. Facilita nuestra labor el hecho de que las resistencias —que, después de todo, no son sino trozos individuales de la neurosis— hacen su aparición en una sucesión lógica determinada por la historia y la estructura de la neurosis.

3. CONSECUENCIA EN EL ANÁLISIS DE LAS RESISTENCIAS

Hasta aquí, nos hemos ocupado de la técnica de interpretación del significado y la resistencia, y vimos que debe ser ordenada y sistemática, correspondiendo a la estructura individual de la neurosis. Al enumerar los errores cometidos en la interpretación, distinguimos entre interpre-

tación sistemática e inconsecuente, pues hallamos que numerosos casos caen en el caos a pesar de la interpretación sistemática, debido a una falta de *consecuencia en la elaboración de las resistencias que ya han sido interpretadas*.

Si hemos salvado con felicidad la barrera de la primera resistencia transferencial, el trabajo mnémico prosigue por lo general con rapidez y penetra hasta la infancia. Pero pronto el paciente enfrenta nuevas capas de material prohibido, que ahora trata de hacer a un lado con un segundo frente de resistencias transferenciales. El proceso de análisis de la resistencia vuelve a comenzar, con la diferencia de que esta vez tiene un carácter algo distinto. Entonces se trataba de la primera dificultad; ahora la nueva resistencia tiene ya un pasado analítico que no ha dejado de influir sobre ella. Cabría esperar que con lo aprendido en el primer análisis de la resistencia, el paciente cooperará ahora en la eliminación de la dificultad. Pero la experiencia práctica nos dice lo contrario: en casi todos los casos, el paciente reactiva la vieja resistencia juntamente con la nueva; a veces, hasta sufre una recaída en la anterior, sin llegar a mostrar la nueva. Toda la situación se complica debido a esta estratificación. El paciente vuelve a recurrir a la vieja posición de resistencia, al parecer ya eliminada. Si ahora encaramos primero o exclusivamente la nueva resistencia, pasaremos por alto una capa interpuesta, a saber, la antigua resistencia reactivada, y correremos el riesgo de desperdiciar nuestras interpretaciones. Podemos ahorrarnos decepciones y fracasos si volvemos siempre a la antigua —sin importarnos si es más o menos manifiesta— y comenzamos desde allí el trabajo de resolver la resistencia. En esta forma, gradualmente penetramos en la nueva resistencia y evitamos el peligro de conquistar un nuevo trozo de territorio mientras el enemigo vuelve a aposentarse en el que habíamos conquistado con anterioridad.

Es importante socavar la neurosis a partir de la resistencia cardinal, a partir de un punto fuerte definido, por así decirlo, en lugar de concentrar nuestra atención en pormenores, esto es, en lugar de atacar la neurosis en muchos puntos distintos sin conexión inmediata. Si somos consecuentes y desplegamos las resistencias y el material analítico partiendo de la fortaleza de la primera resistencia transferencial, nunca perderemos de vista la totalidad de la situación pasada y presente; esto garantiza la indispensable continuidad del análisis y su minuciosa elaboración. A condición de tratar cuadros típicos ya conocidos de enfermedad, y a condición de que el análisis de la resistencia haya sido correctamente llevado a cabo, hasta es posible prever la sucesión en la cual aparecerán ciertas tendencias, en forma de resistencias transferenciales agudas.

Ningún argumento podrá convencernos de que interpretaciones fortuitas de significado, o el tratamiento de todos los pacientes conforme al mismo esquema, pueden resolver los enormes problemas de la psicoterapia. Quienes intentan tales cosas sólo demuestran no haber comprendido los verdaderos problemas de la psicoterapia y no saben lo que significa en realidad “cortar el nudo gordiano”: destruir las posibilidades de una cura analítica. Un análisis llevado a cabo en esta forma no

tiene arreglo posible. Puede compararse la interpretación con una valiosa droga que debe usarse en dosis muy pequeñas para no perder su eficacia. Nuestra experiencia comprueba que el laborioso desenmarañar del nudo es todavía el camino más corto hacia el verdadero éxito.

Además, existen quienes interpretan erróneamente el concepto de la pasividad analítica y se convierten en acabados maestros de la espera. Pueden suministraros amplio material para ejemplificar la situación caótica. En fases de resistencia, corresponde al analista dirigir el curso del análisis; queda en manos del paciente sólo en períodos carentes de resistencias. No puede haber sido otro el significado de la frase de Freud. Guardar silencio por principio o dejar al paciente "flotar a la deriva", presentan tanto para el paciente como para el desarrollo de la terapia psicoanalítica, un peligro no menor que el de las interpretaciones fortuitas o las interpretaciones conforme a un esquema teórico.

En ciertas formas de resistencia, esta especie de pasividad es un error muy serio. Digamos por ejemplo que un paciente evade una resistencia o la discusión del correspondiente material. Alude a un tema totalmente distinto hasta desarrollar, también aquí, resistencias, con lo cual salta a un tercer tema, etc. Esta "técnica del zigzag" puede continuar indefinidamente, ya la observemos en forma "pasiva", ya sigamos al paciente paso a paso con interpretaciones. Puesto que el paciente se halla sin duda en constante huida y dado que sus esfuerzos por satisfacer al analista con producciones substitutivas son estériles, la tarea de éste es la de *traerle una y otra vez de vuelta a la primera posición de resistencia*, hasta que encuentre el valor de enfrentarla analíticamente.²

O bien el paciente puede escapar hacia lo infantil, descubriendo lo que de otra manera serían secretos bien guardados, sólo a fin de mantener una posición única. Estas comunicaciones carecen, en el mejor de los casos, de valor terapéutico. A menos que prefiramos interrumpir, podemos escucharlas; lo importante es trabajar sobre la única posición de la cual el paciente escapa. Lo mismo puede decirse de la huida hacia la realidad. Lo ideal es el desarrollo y el análisis de la neurosis transferencial en una línea recta, correspondiente a la neurosis original; en este caso, el paciente despliega sus resistencias en forma sistemática y entre tanto produce recuerdos cargados de los correspondientes afectos.

Expresada de esta forma, no tiene sentido la muy debatida cuestión de si en el análisis es mejor una actitud "activa" o "pasiva". En términos generales, *uno no puede obrar demasiado pronto en el análisis de las resistencias, y no puede ser demasiado reservado en la interpretación de lo inconsciente, aparte de las resistencias*. El procedimiento acostumbrado es el inverso: uno da interpretaciones de significado con demasiada osadía y comienza a vacilar tan pronto como aparece una resistencia.

² Nota de 1945: Muchos pacientes presentan una resistencia bajo la forma del hablar compulsivo. Esta compulsión no es, en primer lugar, sino una *manifestación biológica* de un espasmo crónico en los músculos profundos del cuello y la garganta. Existe una necesidad de hablar, sin tener en cuenta el contenido de lo que se diga. En la orgonoterapia, pedimos a estos pacientes que se mantengan en silencio; al cabo de algún tiempo, aparece la angustia causante de este síntoma compulsivo. La cura se produce eliminando la coraza muscular de la garganta.

CAPÍTULO IV

SOBRE LA TÉCNICA DEL ANÁLISIS DEL CARACTER *

I. REVISIÓN A MANERA DE INTRODUCCIÓN

Nuestro método terapéutico está determinado por los siguientes conceptos teóricos. El punto de vista *tópico* establece el principio técnico de que lo inconsciente debe hacerse consciente. El punto de vista *dinámico* determina la regla de que esto no debe suceder en forma directa, sino por vía del análisis de la resistencia. El punto de vista *económico* y la estructura psicológica determinan la regla de que el análisis de la resistencia debe llevarse a cabo en cierto orden, conforme a cada paciente por separado.

Mientras se consideró como tarea única de la técnica analítica el proceso tópico, el hacer consciente lo inconsciente, fué correcta la fórmula de que las manifestaciones inconscientes debían ser interpretadas *en el orden en que aparecían*. La dinámica del análisis, esto es, saber si el hacer consciente un contenido inconsciente liberaba también el correspondiente afecto, si el análisis influía sobre el paciente más allá de una mera comprensión intelectual, eso quedaba librado más o menos al azar. La inclusión del elemento dinámico, es decir, la demanda de que el paciente no sólo debía recordar cosas sino también experimentarlas, vino ya a complicar la simple fórmula según la cual uno debía "hacer consciente lo inconsciente". Sin embargo, la dinámica del afecto analítico no depende de los contenidos sino de las resistencias que el paciente erige contra ellos, y de la experiencia emocional sufrida al vencerlas. Esto hace de la tarea analítica algo muy distinto. Según el punto de vista tópico, basta con traer a la conciencia del paciente, uno tras otro, los elementos manifiestos del inconsciente; en otras palabras, la línea rectora es el *contenido* del material. Si consideramos también el factor dinámico, debemos abandonar esta línea rectora en favor de otra que abarca tanto el contenido como los afectos; la línea de las *resistencias sucesivas*. Al hacerlo afrontamos, en la mayoría de los pacientes, una dificultad que no hemos mencionado aún.

* Presentado por primera vez ante el Xº Congreso Psicoanalítico Internacional, Innsbruck, 1927.

2. CORAZA CARACTEROLÓGICA Y RESISTENCIA CARACTEROLÓGICA

a) *La incapacidad de seguir la regla fundamental.*

Raras veces son nuestros pacientes accesibles de inmediato al análisis, capaces de seguir la regla fundamental y de abrirse realmente al analista. No pueden sentir de inmediato absoluta confianza en una persona extraña; lo que es más importante aún, años de enfermedad, influencia constante de un ambiente neurótico, malas experiencias con médicos, en pocas palabras, toda la deformación secundaria de la personalidad, han creado una situación desfavorable para el análisis. Eliminar esta dificultad no sería tan arduo si ella no tuviese el apoyo del carácter del paciente, parte integral de su neurosis. Se trata de una dificultad que ha sido denominada "barrera narcisista". Existen, en principio, dos maneras de hacerle frente, en especial de hacer frente a la rebelión contra la regla fundamental.

Una, al parecer usual, es una educación directa para el análisis mediante la información, la tranquilización, la admonición, la conversación, etc. Es decir, tratamos de educar al paciente para que adquiera la sinceridad analítica mediante el establecimiento de alguna suerte de transferencia positiva. Esto corresponde a la técnica propuesta por Nunberg. La experiencia demuestra, sin embargo, que este método pedagógico es muy inseguro: carece de la base de la claridad analítica y se halla expuesto a las variaciones constantes de la situación transferencial.

La otra forma es más complicada y todavía no aplicable a todos los pacientes, pero mucho más segura. Consiste en *reemplazar las medidas pedagógicas por interpretaciones analíticas*. En lugar de inducir al paciente al análisis mediante el consejo, la admonición y las maniobras transferenciales, concentramos nuestra atención en su conducta real y en el significado de la misma: *por qué* duda, llega tarde, habla de manera altanera o confusa, o comunica sólo uno de cada tres o cuatro pensamientos, *por qué* critica el análisis o produce material excepcionalmente abundante, o bien material proveniente de profundidades excepcionales. Si, por ejemplo, un paciente habla en forma altanera, en términos técnicos, podemos tratar de convencerle de que eso no conviene al progreso del análisis, que mejor renuncie a esa manera de hablar y adopte otra, por el bien de su análisis. O podemos dejar de lado todo intento de persuasión y esperar hasta comprender *por qué* el paciente se comporta de esta y no de otra manera. Quizá descubramos entonces que su comportamiento es un intento de compensar un sentimiento de inferioridad ante el analista y podamos influir sobre él mediante una interpretación consecuente del significado de su proceder. Este procedimiento, a diferencia del mencionado en primer término, está en total acuerdo con el principio del análisis.

Este intento de reemplazar las medidas pedagógicas y otras medidas activas similares, al parecer requeridas por la conducta característica de los pacientes, por interpretaciones puramente analíticas, condujo en forma inesperada al análisis del *carácter*.

Ciertas experiencias clínicas hacen necesario distinguir, entre las diversas resistencias que encontramos, un cierto grupo como *resistencias caracterológicas*. Obtienen su sello específico, no de su contenido, sino de la manera específica de obrar y reaccionar el paciente. El carácter compulsivo desarrolla resistencias específicamente distintas a las del carácter histórico; éste, distintas a las del carácter impulsivo o neurasténico. La forma de las reacciones típicas que difieren de carácter a carácter —aunque los contenidos puedan ser iguales— *está determinada por las experiencias infantiles, tal como lo está el contenido de los síntomas o de las fantasías.*

b) *¿De dónde surgen las resistencias caracterológicas?*

Hace algún tiempo, Glover trabajó en el problema de diferenciar entre neurosis *caracterológicas* y neurosis *sintomáticas*. También Alexander trabajó sobre la base de esta distinción. En mis primeros escritos, incluso yo la seguí. Una comparación más exacta de los casos mostró, sin embargo, que esta distinción adquiere sentido sólo en la medida en que existen neurosis con síntomas circunscritos y otras sin ellos; se denominó a las primeras “neurosis sintomatológicas” y a las segundas, “neurosis caracterológicas”. En las primeras, como es dable comprender, los síntomas son más evidentes; en las últimas lo son los rasgos neuróticos del carácter. Pero cabe preguntar: ¿existen síntomas sin una base neurótica de reacción, en otras palabras, sin un carácter neurótico? La diferencia entre las neurosis caracterológicas y las neurosis sintomatológicas consiste sólo en que en las últimas el carácter neurótico producía también síntomas, que se concentraba en ellos por así decirlo. Si aceptamos el hecho de que la base de una neurosis sintomatológica es siempre un carácter neurótico, resulta claro que en todo *análisis* tendremos que ocuparnos de resistencias neuróticas del carácter, que todo análisis debe ser un análisis del carácter.

Otra distinción que pierde importancia desde el punto de vista del análisis del carácter, es la que separa neurosis crónicas —esto es, neurosis desarrolladas en la infancia— y neurosis agudas, desarrolladas más tarde. Pues lo importante no es si los síntomas hicieron su aparición temprano o tarde, lo importante es que el carácter neurótico, la base de reacción para la neurosis sintomatológica, estaba ya formado en sus rasgos esenciales en la época de la fase edípica. La experiencia clínica nos ha hecho ver desde hace mucho tiempo que la línea fronteriza establecida por el paciente entre la salud y el estallido de la enfermedad resulta siempre borrada durante el análisis.

Como la formación de síntomas no sirve como criterio distintivo, deberemos buscar otros. Existen en primer lugar el conocimiento intuitivo de la enfermedad y la racionalización.

La falta de comprensión de la enfermedad no es un indicio absolutamente seguro, pero sí esencial, de la neurosis caracterológica. El síntoma neurótico se experimenta como un cuerpo extraño y crea una sensación de estar enfermo. En cambio el rasgo neurótico de carácter, tal la exagerada tendencia al orden del carácter compulsivo o la angustiada timidez

del carácter histérico, están incorporadas orgánicamente a la personalidad. Uno puede lamentarse de ser tímido, pero no se siente enfermo por ese motivo. El individuo no se siente enfermo hasta tanto la timidez caracterológica se convierte en un ceremonial compulsivo, esto es, hasta que el carácter neurótico no se exagera en cuanto a sus síntomas.

Es cierto, existen también síntomas para los cuales no existe penetración o bien si la hay es muy ligera, cosas que los pacientes consideran como malos hábitos o simples peculiaridades (constipación crónica, eyaculación precoz suave, etc.). Por otra parte, muchos rasgos de carácter se sienten a menudo como enfermedad, tales como los violentos estallidos de rabia, la tendencia a mentir, el beber, el derrochar dinero, etc. A pesar de esto, en términos generales la comprensión caracteriza al síntoma neurótico y su ausencia, al rasgo neurótico de carácter.

La segunda diferencia es que el síntoma nunca está racionalizado tan a fondo como el carácter. El vómito histérico no puede racionalizarse, como tampoco la manía compulsiva de contar. El síntoma aparece como carente de significado, mientras el carácter neurótico se racionaliza en medida suficiente como para no aparecer falto de sentido o patológico. A menudo se da para los rasgos neuróticos de carácter una razón que sería rechazada de inmediato como absurda si se la expusiera para los síntomas: "él es así". Eso implica que el individuo nació así, que ése "es" su carácter. El análisis muestra que esta interpretación es errónea: demuestra que el carácter debió ser así y no de otra forma por motivos definidos; que, en principio, puede ser analizado tal como el síntoma, y que se lo puede modificar.

Ocasionalmente, los síntomas llegan a ser parte de la personalidad en tal medida que se asemejan a rasgos de carácter. Así por ejemplo, una tendencia compulsiva a contar puede aparecer sólo como parte de una tendencia general al orden, o un sistema compulsivo sólo en términos de una disposición de trabajo compulsiva. Estos modos de conducta se consideran entonces más como peculiaridades que como indicios de enfermedad. Es fácil ver pues que el concepto de enfermedad es totalmente flúido, que existen toda suerte de transiciones desde el síntoma como cuerpo extraño aislado, pasando por el carácter neurótico y la "mala costumbre", hasta la acción racional.

Comparado con el rasgo de carácter, el síntoma posee una construcción muy simple en lo que se refiere a su significado y origen. Es cierto, el síntoma también posee una múltiple determinación; pero cuanto más ahondamos en sus determinaciones, tanto más abandonamos el dominio de los síntomas y más clara resulta la base caracterológica de reacción. Así podemos llegar —en teoría— a la base caracterológica de reacción de cualquier síntoma. Este posee su determinación inmediata sólo en un número limitado de actitudes inconscientes; el vómito histérico, por ejemplo, se basa en una fantasía de *fellatio* reprimida o en un deseo oral hacia un niño. Ambos se expresan también, caracterológicamente, en cierto infantilismo y cierta actitud maternal. Pero el carácter histérico que constituye la base del síntoma está determinado por numerosos —y en parte antagonicos— impulsos, y se expresa en una actitud específica

o *modo de ser*. Diseñar éste no es tan fácil como analizar el síntoma; no obstante, en principio, al igual que al síntoma, cabe reducirlo a impulsos y experiencias infantiles, y comprenderlo a través de ellos. Mientras el síntoma corresponde esencialmente a una sola experiencia o esfuerzo, el carácter representa el modo específico de ser de un individuo, una expresión de la totalidad de su pasado. Por este motivo, un síntoma puede desarrollarse en forma repentina, mientras cada rasgo individual de carácter requiere años para su formación. Al decir esto, no debemos olvidar que el síntoma no podría haberse desarrollado repentinamente, a menos de contar con su base caracterológica de reacción neurótica.

En el análisis, la totalidad de los rasgos neuróticos de carácter se hace sentir como un *mecanismo de defensa* compacto, que se opone a nuestros embates terapéuticos. La exploración analítica del desarrollo de esta "coraza" caracterológica muestra que también sirve a una finalidad económica definida: por una parte, es protección contra los estímulos provenientes del mundo exterior; por otra, defiende de los impulsos libidinales internos. La coraza caracterológica puede desempeñar esta tarea porque las energías libidinales y sádicas se consumen en las formaciones reactivas neuróticas, en las compensaciones y en otras actitudes neuróticas. En los procesos que forman y mantienen esta coraza hay un constante ligar de la angustia, tal como por ejemplo sucede —conforme a la descripción de Freud— en los síntomas compulsivos. Más adelante volveremos a referirnos a la economía de la formación del carácter.

Puesto que en su función económica de coraza protectora, el carácter neurótico ha establecido cierto *equilibrio*, así sea de índole neurótica, el análisis representa un peligro para ese equilibrio. Por eso, las resistencias que confieren su impronta específica al análisis del caso individual, se originan en ese mecanismo de protección narcisista. Como hemos visto, el modo de conducta es resultado del desarrollo total y, como tal, puede analizársele y modificársele; por ello, puede también ser el punto de partida para la evolución de la técnica del análisis del carácter.

c) *La técnica del análisis de la resistencia caracterológica.*

Además de los sueños, asociaciones, actos fallidos y otras comunicaciones de los pacientes, merece especial atención su actitud, esto es, *la manera* en que relatan sus sueños, cometen actos fallidos, producen sus asociaciones y hacen sus comunicaciones.¹ El paciente que sigue la regla fundamental desde un comienzo, constituye una rara excepción; se requieren meses de trabajo de análisis del carácter para volver al paciente suficientemente honesto, a medias, en sus comunicaciones. La manera en que se acuesta en el diván, la inflexión de su voz, el grado de cortesía convencional, todas estas cosas son criterios de valor para comprender

¹ Nota de 1945: La forma de la expresión es mucho más importante que el contenido ideacional. En la actualidad, al penetrar en las experiencias infantiles de decisiva importancia, utilizamos *exclusivamente* la forma de la expresión. No es el contenido ideacional sino la forma de la expresión la que nos conduce a las reacciones biológicas que constituyen la base de las manifestaciones psíquicas.

las resistencias latentes contra la regla fundamental, y comprenderlas permite modificarlas o eliminarlas mediante la interpretación. *Cómo* se dicen las cosas es un "material" tan importante para la interpretación como *qué* dice el paciente. A menudo oímos a los analistas lamentarse de que el análisis no marcha bien, de que el paciente no aporta "material" alguno. Con ello por lo general se hace referencia al contenido de las asociaciones y comunicaciones. Pero la manera en que el paciente, pongamos por caso, se mantiene callado, o sus repeticiones estériles, constituyen también "material" que debe y puede usarse. Difícilmente exista situación alguna en la cual el paciente "no aporte material"; nuestra es la falla si somos incapaces de utilizar su conducta como "material".

Que el comportamiento y la forma de las comunicaciones poseen significación analítica, no es cosa nueva. A lo que me he de referir es al hecho de que estas cosas presentan de manera definida y casi perfecta un camino para encarar el análisis del carácter. Los pasados fracasos con muchos casos de caracteres neuróticos nos han enseñado que en estos casos la forma de las comunicaciones es, por lo menos en un comienzo, siempre más importante que su contenido. Sólo debemos recordar las resistencias latentes de los inválidos de afecto, los pacientes "buenos", excesivamente corteses y siempre correctos, aquellos que siempre presentan una engañosa transferencia positiva o quienes piden cariño en forma violenta y estereotipada, quienes hacen del análisis un juego, quienes están siempre "acorazados", quienes sonrían para sus adentros ante todo y ante todos. Podríamos continuar esta enumeración indefinidamente; es fácil ver que habrá que realizar mucho trabajo laborioso para dominar los innumerables problemas técnicos.

Con fines de orientación y a los efectos de esbozar las diferencias esenciales entre el análisis del carácter y el análisis de síntomas, permítansenos suponer dos pares de pacientes, para su comparación. Imaginemos que tenemos en tratamiento al mismo tiempo dos hombres que sufren de eyaculación precoz: uno posee un carácter pasivo-femenino y el otro, fálico-agresivo. También tenemos en tratamiento dos mujeres con una perturbación digestiva: la primera es un carácter compulsivo y la segunda, una histérica.

Supongamos además que la eyaculación precoz de ambos hombres tiene el mismo significado inconsciente: el temor al pene paterno en la vagina de la mujer. En el análisis, y partiendo de la angustia de castración que constituye la base del síntoma, ambos pacientes producen una transferencia paterna negativa. Los dos odian al analista (el padre) porque ven en él al enemigo que frustra su placer; los dos abrigan el deseo inconsciente de deshacerse de él. En otra situación, el carácter fálico-sádico se resguardará del peligro de la castración mediante insultos, desprecio y amenazas, mientras el carácter pasivo-femenino aumentará continuamente su pasividad, su sometimiento y afabilidad. En ambos pacientes, el carácter se ha convertido en una resistencia: uno esquivo el peligro con métodos agresivos, el otro trata de evitarlo mediante un sometimiento engañoso. Va implícito en todo esto que la resistencia caracterológica del paciente pasivo-femenino es más peligrosa, pues trabaja

con medios escondidos: produce abundancia de material, recuerda toda suerte de experiencias infantiles, en pocas palabras, parece cooperar espléndidamente. En realidad, sin embargo, disimula un rencor y un odio profundos; mientras mantenga esta actitud, no tiene el valor de mostrar su ser real. Si ahora nos concentramos sólo en *lo que* este paciente produce, sin prestar atención a su forma de comportarse, ningún intento analítico podrá modificar su condición. Puede incluso llegar a recordar el odio hacia su padre, pero no lo *experimentará* a menos que interpretemos en forma consecuente el significado de su actitud de disimulo *antes* de comenzar a interpretar el significado profundo de su odio hacia el padre.

En el caso del segundo par de pacientes, supongamos que se ha desarrollado una aguda transferencia positiva. El contenido central de esta transferencia positiva es, en ambas, análogo al del síntoma, vale decir, una fantasía de *fellatio* oral. Pero aunque la transferencia positiva tiene el mismo contenido en ambos casos, la forma de la resistencia transferencial será muy distinta: la paciente histérica mostrará, digamos, un silencio *angustiado* y un comportamiento tímido; la compulsiva, un silencio *rencoroso* o una conducta fría, altanera. En un caso se esquila la transferencia positiva mediante la agresión; en el otro, mediante la angustia. La forma de esta defensa será siempre la misma en la misma paciente: la histérica se defenderá siempre con angustia y la compulsiva, con agresividad, no importa cuál de los contenidos inconscientes esté a punto de irrumpir. Esto es, *en un paciente la resistencia caracterológica es siempre la misma y sólo desaparece con las raíces mismas de la neurosis.*

La *defensa narcisista* encuentra en la coraza caracterológica su expresión concreta crónica. Además de las resistencias conocidas que se movilizan contra cada nuevo trozo de material inconsciente, debemos reconocer un factor constante de naturaleza *formal*, originado en el carácter del paciente. Debido a este origen, denominamos tal factor de resistencia constante y formal, "resistencia caracterológica".

Resumiendo, los aspectos más importantes de la resistencia caracterológica son los siguientes:

La resistencia caracterológica no se expresa en el contenido del material sino en los aspectos formales del comportamiento general, en la manera de hablar, de caminar, en la expresión facial y las actitudes típicas tales como sonrisa, burla, altanería, excesiva corrección, la *modalidad* de la cortesía o de la agresión, etc.

Lo específico de la resistencia caracterológica no es *lo que* el paciente dice o hace sino *cómo* habla y obra, no *lo que* denuncia en un sueño sino *cómo* censura, distorsiona, etc.

La resistencia caracterológica es siempre la misma en el mismo paciente, sin importar cuál sea el material contra el cual va dirigida. Caracteres diferentes presentan el mismo material de manera distinta. Así por ejemplo, una paciente histérica esquivará la transferencia paterna positiva en forma angustiada; la mujer compulsiva, de una manera agresiva.

La resistencia caracterológica, que se expresa formalmente, puede ser comprendida en cuanto a su contenido y puede ser reducida a experiencias infantiles e impulsos instintivos, tal como sucede con los síntomas neuróticos.²

Durante el análisis, el carácter del paciente pronto se convierte en una resistencia. Esto es, el carácter desempeña en la vida corriente el mismo papel que en el análisis: es un mecanismo de protección psíquica. El individuo está “caracterológicamente acorazado” contra el mundo exterior y contra sus impulsos inconscientes.

El estudio de la formación del carácter pone de manifiesto el hecho de que la coraza caracterológica se formó en la infancia por las mismas razones y con iguales finalidades a las que la resistencia caracterológica sirve en la situación analítica. La aparición en el análisis del carácter como resistencia, refleja su génesis infantil. Las situaciones que en el análisis hacen aparecer la resistencia caracterológica, son reproducción exacta de aquellas situaciones de la infancia que ponen en movimiento la formación del carácter. Por este motivo, hallamos en la resistencia caracterológica tanto una función defensiva cuanto una transferencia de las relaciones infantiles con el mundo exterior.

En términos *económicos*, el carácter en la vida corriente y la resistencia caracterológica en el análisis, sirven ambos una misma función: la de evitar el displacer, de establecer y mantener un equilibrio psíquico —por neurótico que sea— y por último, de absorber energías reprimidas. Una de sus funciones cardinales es la de ligar la angustia “flotante” o, en otras palabras, absorber energía contenida. Así como el elemento histórico, infantil, está presente y activo en los síntomas neuróticos, también lo está en el carácter. Por eso es que una disolución consecuente de las resistencias caracterológicas suministra un camino infalible e inmediato para encarar el conflicto infantil central.

¿Qué se deduce, pues, de estos hechos en cuanto a su influencia sobre la técnica del análisis del carácter? ¿Existen diferencias esenciales entre el análisis del carácter y el común análisis de las resistencias? Existen y se relacionan con:

- a) la selección del orden en el cual se interpreta el material;
- b) la técnica de la interpretación de la resistencia.

En cuanto a a), si hablamos de “selección del material”, debemos esperar una objeción importante: algunos dirán que toda selección se aparta de los principios psicoanalíticos básicos, que debemos dejarnos guiar por el paciente, que con cualquier tipo de selección se corre el peligro de seguir las propias inclinaciones personales. A esto, contestamos que en este tipo de selección no se trata de pasar por alto material analítico; se trata meramente de *salvaguardar en la interpretación una sucesión lógica* que corresponda a la estructura de la neurosis individual.

² Mediante la comprensión de este hecho, el elemento formal queda incluido en la esfera del psicoanálisis, que hasta ahora se centraba primariamente en el contenido.

Al finalizar el análisis, todo el material ha sido interpretado, sólo que, en cualquier situación dada, este o aquel pormenor es más importante que otro. Digamos, de paso, que de todas maneras el análisis siempre selecciona, pues ya lo hace cuando no interpreta un sueño en el orden en que ha sido presentado y en cambio selecciona este o aquel pormenor para su interpretación. También ha escogido si presta atención sólo al contenido de las comunicaciones, mas no a su forma. En otras palabras, el hecho mismo de que el paciente presenta material de los tipos más diversos, nos obliga a establecer una selección; sólo importa que uno seleccione *correctamente* en relación con la situación analítica dada.

En pacientes que por razones caracterológicas se apartan en forma consecuente de la regla fundamental, y en general donde quiera que topemos con una resistencia caracterológica, estaremos obligados *constantemente a extraer esa resistencia de entre la totalidad del material* y a disolverla interpretando su significado. Esto no quiere decir, por supuesto, que dejemos de lado el resto del material; por el contrario, todo trozo de material tiene valor pues nos informa acerca del significado y origen del rasgo de carácter perturbador; lo que hacemos es postergar la interpretación del material que tiene una conexión inmediata con la resistencia transferencial, hasta tanto hayamos comprendido la resistencia caracterológica y superado por lo menos sus características esenciales. Ya he tratado de mostrar (*cf.* Capítulo III) cuáles son los peligros de plantear interpretaciones de profundos alcances existiendo resistencias caracterológicas aún no resueltas.

En cuanto a b), nos referiremos ahora a algunos problemas especiales de técnica de análisis del carácter. En primer lugar, debemos señalar un posible mal entendido. Dijimos que el análisis del carácter comienza con el hincapié en la resistencia caracterológica y su consecuente análisis. Debe comprenderse bien que esto no significa pedir al paciente, pongamos por caso, no ser agresivo, no engañar, no hablar de manera confusa, etc. Tal procedimiento sería no sólo antianalítico, sino totalmente estéril. Debe subrayarse una y otra vez que lo que aquí se describe como análisis del carácter nada tiene que ver con la educación, con la admonición, con tratar de hacer que el paciente se comporte de manera distinta, etc. En el análisis del carácter nos preguntamos *por qué* el paciente engaña, habla de manera confusa, por qué sus afectos están bloqueados, etc.; tratamos de despertar el interés del paciente en sus rasgos de carácter a fin de poder, con su ayuda, explorar analíticamente su origen y su significado. Todo lo que hacemos es aislar el rasgo de carácter que presenta la resistencia cardinal, sacarlo del nivel de la personalidad y mostrar al paciente, si es posible, las relaciones superficiales entre carácter y síntomas; queda en sus manos utilizar o no ese conocimiento para modificar su carácter. En principio, el procedimiento no difiere del análisis de un síntoma. Lo que se agrega en el análisis del carácter es simplemente que aislamos el rasgo de carácter y ponemos al paciente frente a él repetidamente, hasta que comienza a mirarlo en forma objetiva y a experimentarlo como un síntoma doloroso; con ello,

el rasgo de carácter comienza a ser experimentado como un cuerpo extraño del cual el paciente quiere desembarazarse.

Por sorprendente que parezca, este proceso produce un cambio —si bien sólo temporario— en la personalidad. Con el progreso del análisis del carácter, viene automáticamente a primer plano el impulso o rasgo que ha dado origen a la resistencia caracterológica en la transferencia. Volviendo al ejemplo del carácter pasivo-femenino, cuanto mayor la objetividad con que el paciente logra considerar su tendencia al sometimiento pasivo, tanto más agresivo se torna. Esto se debe a que su actitud pasivo-femenina era esencialmente una reacción contra impulsos agresivos reprimidos. Pero con la agresión tenemos también un retorno a la angustia infantil de castración, que en la niñez había producido el cambio de comportamiento agresivo a comportamiento pasivo-femenino. En esta forma, el análisis de la resistencia caracterológica conduce directamente al centro de la neurosis, al complejo de Edipo.

No debemos, empero, hacernos ilusiones. Aislar tal resistencia caracterológica y elaborarla en forma analítica, requiere por lo general muchos meses de esfuerzo continuado y de paciente persistencia. Una vez producida la irrupción, sin embargo, el análisis prosigue por lo común con rapidez, con experiencias analíticas cargadas de *emoción*. En cambio, si uno deja a un lado estas resistencias caracterológicas y se limita a seguir la línea del material, interpretando todos sus contenidos, esas resistencias forman un lastre del que resulta difícil, sino imposible, desprenderse. En tal caso, aumenta la impresión de que toda interpretación de significado es cosa desperdiciada, de que el paciente sigue dudando de todo o que sólo finge aceptar las cosas, o bien que recibe todo con una sonrisa interior. Si no se comienza a eliminar estas resistencias desde el primer momento, nos colocan frente a un insuperable obstáculo en las etapas posteriores del análisis, en un momento en que las interpretaciones más importantes del complejo de Edipo ya han sido planteadas.

Ya he tratado de refutar la objeción de que es imposible encarar las resistencias antes de conocer su determinación *infantil*. Lo esencial es percibir primero el significado *actual* de la resistencia caracterológica; esto puede por lo general hacerse sin contar con el material infantil. Este último se necesita para *disolver* la resistencia. Si en un comienzo nos limitamos a mostrar al paciente la resistencia y a interpretar su significado actual, pronto hace su aparición el material infantil correspondiente, con ayuda del cual podemos eliminar aquélla.

Si hacemos tanto hincapié sobre el análisis del *modo* de comportarse, ello no implica descuidar los contenidos. Sólo agregamos algo hasta ahora pasado por alto. La experiencia demuestra que el análisis de las resistencias caracterológicas debe ocupar un lugar de primera categoría. Esto no quiere decir, por supuesto, que analizaremos resistencias caracterológicas sólo hasta una determinada fecha y luego comenzaremos con la interpretación de los contenidos. En esencia, las dos fases —análisis de la resistencia y análisis de las experiencias infantiles tempranas— se superponen; sólo que en un comienzo tenemos preponderancia de análisis del carácter, esto es, de la “educación para el análisis *por* el análisis”,

mientras en las etapas posteriores se hace hincapié sobre los contenidos y lo infantil. Esta no es, por supuesto, una regla rígida; depende de las actitudes de cada paciente. En uno, la interpretación del material infantil comenzará más temprano; en otro, más tarde. Es regla básica, sin embargo, el no plantear interpretaciones de profundidad —no importa cuán claro y definido sea el material— mientras el paciente no esté listo para asimilarlas. Tampoco esto es cosa nueva, pero parece que las diferencias en la técnica analítica están determinadas en gran medida por lo que uno u otro analista entienden por “listo para la interpretación analítica”. Debemos distinguir también los contenidos que son parte integrante de la resistencia caracterológica, y aquéllos pertenecientes a otras esferas de la experiencia. Como regla general, al comienzo del tratamiento el paciente está en condiciones de admitir los primeros contenidos, mas no los últimos. En términos generales, nuestros trabajos caracterológicos no son sino un intento de lograr la mayor seguridad posible en la introducción del análisis y en la interpretación del material infantil. Esto nos conduce a la importante tarea de estudiar y describir en forma sistemática las diversas formas de resistencias caracterológicas transferenciales. Si las comprendemos bien, la técnica derivará automáticamente de su estructura.

d) Determinación de la técnica situacional a partir de la estructura de la resistencia caracterológica (técnica de interpretación de la defensa).

Encararemos ahora el problema de cómo la técnica situacional del análisis del carácter puede hacerse derivar de la estructura de la resistencia caracterológica, en un paciente que desarrolla sus resistencias al empezar el tratamiento y en cuyo caso la estructura de esas resistencias es, sin embargo, completamente ininteligible en un comienzo. En el caso que sigue, la resistencia caracterológica tenía una estructura muy complicada, existían numerosas determinaciones coexistentes y superpuestas. Trataremos de describir los motivos que me impulsaron a comenzar el trabajo de interpretación con un aspecto de la resistencia y no con otro. También aquí veremos que una interpretación consecuente y lógica de las defensas y de los mecanismos de la “coraza”, conduce directamente a los conflictos infantiles centrales.

Un caso de sentimientos de inferioridad manifiesto

Un hombre de 30 años acudió al análisis porque “no tenía ninguna diversión en la vida”. No creía realmente estar enfermo, pero —según dijo— había oído hablar del psicoanálisis y quizá le aclararía las cosas. Al interrogársele sobre sus síntomas, declaró carecer de ellos. Con posterioridad, descubrimos que su potencia sexual era deficiente. No osaba aproximarse a las mujeres, tenía relaciones sexuales con muy poca frecuencia, y entonces sufría de eyaculación precoz y la relación le dejaba insatisfecho. Tenía muy escasa comprensión de su impotencia y había llegado a aceptarla; después de todo, decía, había muchos hombres que “no necesitaban ese tipo de cosas”.

Su comportamiento reveló de inmediato un individuo severamente inhibido. Hablaba sin mirar al interlocutor, en voz baja, en forma entrecortada y carraspeando de continuo de manera embarazosa. Al mismo tiempo, había en él un intento evidente de suprimir su intranquilidad y aparecer como persona valiente. No obstante, todo su aspecto daba la impresión de marcados sentimientos de inferioridad.

Informado de la regla fundamental, el paciente comenzó a hablar entrecortadamente y en voz baja. Entre sus primeras comunicaciones figuró el recuerdo de dos experiencias "terribles". Una vez había atropellado con su automóvil a una mujer, que murió a consecuencia de las heridas. En otra oportunidad, como enfermero durante la guerra, se había visto obligado a practicar una traqueotomía. El mero recuerdo de estas dos experiencias le llenaba de horror. En el curso de las primeras sesiones habló luego, en la misma forma monótona, baja y reprimida, sobre su juventud. Siendo el penúltimo de una serie de hijos, quedó relegado a un lugar secundario. El mayor de los hermanos, unos veinte años mayor que él, era el favorito de los padres; este hermano había viajado mucho, "conocía el mundo", se enorgullecía de sus experiencias y cuando regresaba de uno de sus viajes "toda la casa giraba alrededor de él". Aunque del contenido de este relato surgía con claridad la envidia y el odio a este hermano, el paciente —en respuesta a una cautelosa pregunta— negó haber sentido jamás cosa parecida. Luego se refirió a la madre, a lo buena que había sido con él y a su muerte, acaecida cuando el paciente tenía siete años. En ese momento, comenzó a sollozar en forma ahogada; eso le avergonzó y se mantuvo en silencio algún tiempo. Al parecer, la madre había sido la única persona que le brindara algún cariño y atención, y su pérdida había constituido para el paciente un golpe muy severo. Después de su muerte, el paciente pasó cinco años en la casa del hermano mayor. No fué el contenido sino el tono de este relato, el que puso de manifiesto su enorme amargura ante el comportamiento inamistoso, frío y dominador del hermano. Luego relató en pocas frases breves que ahora tenía un amigo que le quería y admiraba mucho. Después de esto, se mantuvo en continuo silencio. Pocos días después, contó un sueño: *se veía a sí mismo en una ciudad extraña, con su amigo; sólo que la cara de éste era diferente*. El hecho de que el paciente hubiese abandonado su propia ciudad para someterse al análisis, sugería que el hombre del sueño representaba al analista. Esta identificación del analista con el amigo podría haber sido interpretada como el comienzo de una transferencia positiva. En vista de la situación total, sin embargo, esto hubiese sido poco prudente. El mismo paciente reconoció al analista en el amigo, pero nada pudo agregar a ello. Dado que se mantenía en silencio, o bien expresaba dudas en cuanto a que él pudiese llevar a cabo el análisis, le dije que guardaba algo contra mí, pero carecía de valor para expresarlo. Lo negó en forma categórica, ante lo cual le dije que nunca había tenido el valor de expresar sus impulsos inamistosos hacia el hermano, ni siquiera de pensarlos conscientemente; y eso había establecido al parecer cierto tipo de conexión entre su hermano mayor y yo. Esto era cierto en sí mismo, mas cometí el error de interpretar su

resistencia en un nivel demasiado profundo. La interpretación no tuvo éxito alguno; por el contrario, se intensificó la inhibición. De modo que esperé algunos días hasta que estuviera en condiciones de comprender, a base de su conducta, el significado actual, más importante, de su resistencia. En ese momento resultaba claro que existía no sólo una transferencia del odio hacia el hermano, sino también una fuerte defensa contra una actitud femenina (*cf.* el sueño sobre el amigo). Pero en ese momento hubiese sido poco aconsejable una interpretación en tal sentido. Por eso continué señalándole que por algún motivo se defendía contra mí y contra el análisis, que todo su ser indicaba un bloqueo contra el análisis. Estuvo de acuerdo, diciendo que en efecto, él era así generalmente en la vida: rígido, inaccesible, continuamente a la defensiva. Mientras le hice ver su defensa en todas las sesiones, en todas las ocasiones posibles, me llamó la atención la expresión monótona con que manifestaba sus quejas. Todas las sesiones comenzaban con la misma frase: “No siento nada, el análisis no tiene influencia alguna”, etc. Yo no comprendía qué quería expresar con estas quejas, y sin embargo resultaba claro que allí estaba la clave para comprender su resistencia.³

Tenemos aquí una buena oportunidad para estudiar la diferencia entre la educación carácter-analítica y la educación activo-sugestiva, para el análisis. Yo podría haberle sermoneado de manera amable instándole a decirme algo más sobre esto o aquello; quizá hubiera podido establecer una transferencia positiva artificial; pero la experiencia con otros casos me había mostrado que con esos procedimientos no se llega lejos. Como toda su conducta no dejaba lugar a dudas en el sentido de que el paciente rechazaba el análisis en general y a mí en particular, yo podía limitarme a mantenerme en esta interpretación y esperar ulteriores reacciones. En una ocasión, al volver a referirse al sueño, dijo que la mejor prueba para no rechazarme era que me identificaba con su amigo. Sugerí que quizá hubiera esperado de mí cariño y admiración, tal como se los brindaba su amigo; mi reserva le había decepcionado y ofendido. Debió admitir que había abrigado tales pensamientos, pero sin osar decírmelos. Luego relató cómo siempre *exigía* amor y en especial reconocimiento, y que adoptaba una actitud muy *defensiva* hacia los hombres de aspecto particularmente masculino. No se sentía igual a esos hombres, y en la relación con el amigo desempeñaba el papel femenino. Volvía a haber material para interpretar su transferencia femenina, pero la totalidad de su comportamiento prevenía contra ello. La situación era difícil, pues los elementos de su resistencia que yo ya comprendía —la transferencia del odio a su hermano y la actitud narcisista-femenina hacia sus superiores— eran cuidadosamente evitados; en consecuencia, yo debía actuar con sumo tino, pues de no ser así podría

³ Nota de 1945: La explicación dada aquí es insuficiente, aunque psicológicamente correcta. Hoy sabemos que tales lamentaciones son la expresión inmediata de la coraza muscular. El paciente se queja de invalidez de afecto debido a un bloqueo en sus corrientes y sensaciones plasmáticas. La perturbación es entonces fundamentalmente de índole *biofísica*. La orgonoterapia elimina el bloqueo de la motilidad, no por medios psicológicos, sino biofísicos.

llegar a interrumpir su análisis. Además, continuaba lamentándose en todas las sesiones, en la misma forma, de que el análisis no le llegaba, etc.; yo no podía comprender esto aun después de cuatro semanas de análisis y, sin embargo, lo sentía como una resistencia caracterológica esencial y muy activa.

Caí enfermo y debí interrumpir el análisis durante dos semanas. El paciente me envió una botella de *brandy* como tónico. Al reiniciar el análisis, parecía estar contento. Al mismo tiempo, siguió con sus antiguos lamentos y refirió que le molestaban sobremanera pensamientos de muerte, que tenía constantemente que algo hubiese sucedido a algún miembro de su familia, y durante mi enfermedad había pensado todo el tiempo en mi probable muerte. Un día, cuando este pensamiento le molestaba en forma particular, me envió el *brandy*. En este momento, fué grande la tentación de interpretar sus reprimidos deseos de muerte. El material para hacerlo era abundante, pero sentí que tal interpretación sería infructuosa pues rebotaría en el muro de sus lamentos de que “nada me llega, el análisis no tiene influencia sobre mí”. Entre tanto, se había aclarado el doble significado secreto de su lamento “nada me llega” (“*nichts dringt in mich ein*”): era una expresión de su profundamente reprimido deseo transferencial de relación sexual anal. ¿Pero hubiese sido justificado señalarle su impulso amoroso homosexual —que, es cierto, se manifestaba con suficiente claridad— mientras él, con todo su ser, continuaba protestando contra el análisis? Primero debía aclararse cuál era el significado de sus lamentos acerca de la inutilidad del análisis. Es cierto, yo podía haberle demostrado que se equivocaba en sus quejas: soñaba sin interrupción, los pensamientos de muerte se tornaban más intensos y muchas otras cosas se sucedían en su interior. Pero yo sabía por experiencia que eso no hubiese contribuido a aclarar la situación. Además, yo percibía claramente la coraza que se interponía entre el material inconsciente y el análisis, y debía suponer que la resistencia existente no permitiría que interpretación alguna penetrara en el inconsciente. Por estos motivos, no hice sino mostrarle en forma consecuente su actitud, interpretándola como la expresión de una violenta defensa y diciéndole que debíamos esperar hasta comprender este comportamiento. El paciente comprendía ya que los pensamientos de muerte en ocasión de mi enfermedad no habían constituido necesariamente la expresión de una cariñosa solicitud.

En el transcurso de las semanas siguientes resultó cada vez más claro que su sentimiento de inferioridad, relacionado con su transferencia femenina, desempeñaba un papel considerable en su comportamiento y en sus lamentaciones. Con todo, la situación no parecía todavía madura para la interpretación; el significado de su conducta no era suficientemente claro. Podemos resumir los aspectos esenciales de la solución, tal como se la encontró con posterioridad:

a) El paciente deseaba de mí reconocimiento y amor, tal como lo deseaba de todos los hombres que le parecían masculinos. El deseo de cariño y su decepción conmigo, habían sido ya interpretados repetidas veces, sin éxito alguno.

b) Tenía una definida actitud de envidia y odio hacia mí, transferida de su hermano. Esto no podía interpretarse en ese momento, pues hubiese sido desperdiciar la interpretación.

c) Se defendía contra su transferencia femenina. Esta defensa no podía ser interpretada sin llegar a tocar la feminidad esquivada.

d) Debido a su feminidad, se sentía inferior ante mí. Sus eternos lamentos sólo podían ser la expresión de este sentimiento de inferioridad.

Entonces interpreté su sentimiento de inferioridad ante mí. En un principio, esto no llevó a ninguna parte, pero después de exponerle su conducta en forma consecuente durante varios días, aportó algunas comunicaciones relativas a su ilimitada envidia, no de mí sino de otros hombres ante quienes también se sentía inferior. Se me ocurrió de pronto que este constante lamentarse sólo podía tener un significado: "El análisis no tiene influencia sobre mí", vale decir, "no es bueno", vale decir, "el analista es inferior, es impotente, nada puede lograr conmigo". *Los lamentos eran en parte un triunfo sobre el analista, y, en parte, un reproche dirigido contra él.* Le dije lo que pensaba de sus lamentos, con resultado sorprendente. De inmediato aportó una gran cantidad de ejemplos para demostrar que siempre actuaba en esta forma cuando alguien trataba de influir sobre él. No podía tolerar la superioridad de persona alguna, y siempre trataba de disminuir a los demás. Siempre hacía exactamente lo opuesto de lo que cualquier superior le indicaba. Aparecieron abundantes recuerdos de su conducta rencorosa y despreciativa hacia sus maestros.

Aquí estaba, pues, su agresión suprimida, cuya manifestación más extrema había sido hasta ahora sus deseos de muerte. Sin embargo pronto la resistencia reapareció en la misma forma anterior, se produjeron las mismas quejas, la misma reserva, el mismo silencio. Pero ahora yo sabía que mi descubrimiento le había impresionado sobremedida, lo que había *incrementado* su actitud femenina; esto, por supuesto, resultó en una intensificada defensa contra la feminidad. Al analizar la resistencia, volví a partir del sentimiento de inferioridad ante mí, pero ahora profundicé la interpretación afirmando que no sólo se sentía inferior sino que, debido a su inferioridad, se sentía ante mí en un papel femenino que hería su orgullo masculino.

Si bien antes el paciente había presentado abundante material vinculado con su actitud femenina hacia los hombres masculinos, y había tenido plena visión de este hecho, ahora lo negaba todo. Esto constituía un nuevo problema. ¿Por qué se negaría ahora a admitir lo que antes él mismo describiera? Le dije que se sentía tan inferior que no quería aceptar de mí explicación alguna, aunque eso implicara retractarse. Comprendió la verdad de esta afirmación y se refirió a la relación con su amigo, extendiéndose sobre ella con cierto pormenor. Desempeñaba realmente el papel femenino y habían tenido a menudo relación sexual entre las piernas. Ahora pude demostrarle que su actitud defensiva en el análisis no era sino la lucha contra el hecho de entregarse al análisis, lo cual, para su inconsciente, se vinculaba al parecer con la idea de entregarse al analista en una manera femenina. Eso hería su orgullo y

ése era el motivo de su empeñada resistencia a la influencia del análisis. Reaccionó a esto con un sueño confirmatorio: estaba acostado en un sofá con el analista, quien le besaba. Este claro sueño provocó una nueva fase de resistencia bajo la antigua forma de lamentos de que el análisis no le llegaba, de que era frío, etc. Volví a interpretar los lamentos como un intento de menoscabar el análisis y una defensa contra el hecho de entregarse al tratamiento. Pero al mismo tiempo comencé a explicarle el significado económico de esta defensa: según lo que me había relatado hasta entonces acerca de su infancia y su adolescencia, era evidente que se había encerrado en sí mismo buscando refugio contra todas las decepciones provenientes del mundo exterior y contra el trato brusco y frío del padre, del hermano y de sus maestros; eso parecía haber sido su única salvación, aunque exigía grandes sacrificios de felicidad.

Esta interpretación le pareció altamente plausible y pronto aportó recuerdos de su actitud hacia los maestros. Siempre los sintió fríos y distantes —clara proyección de su propia actitud— y aunque se irritaba cuando le castigaban o regañaban, permanecía indiferente. Relacionado con esto, dijo haber deseado a menudo que hubiesen sido más severos. Este deseo no parecía en ese momento adaptarse a la situación; sólo mucho más tarde se aclaró que con este rencor deseaba presentarme a mí y a mis prototipos, los maestros, bajo un aspecto desagradable. Durante unos días el análisis prosiguió sin asperezas, sin resistencias; ahora recordaba un período de su infancia en el cual había sido salvaje y agresivo. Al mismo tiempo, produjo sueños con una marcada actitud femenina hacia mí. Sólo pude suponer que el recuerdo de su agresión había movilizadado el sentimiento de culpa expresado ahora en los sueños pasivo-femeninos. Evité analizar esos sueños, no sólo porque no tenían conexión inmediata con la situación transferencial presente, sino también porque me parecía que el paciente no estaba preparado para comprender la relación entre su agresión y los sueños que expresaban un sentimiento de culpa. Muchos analistas considerarán esto como una selección arbitraria del material. La experiencia demuestra, sin embargo, que cabe esperar el mejor efecto terapéutico cuando ya se ha establecido una conexión inmediata entre la situación transferencial y el material infantil. Sólo aventuré el supuesto de que, a juzgar por sus recuerdos de su comportamiento infantil agresivo, en una época el paciente había sido muy distinto, todo lo contrario de lo que era hoy, y el análisis debería descubrir en qué momento y en qué circunstancias se había producido tal cambio en su carácter. Le dije que su actual feminidad era probablemente un tratar de evitar su masculinidad agresiva. No mostró reacción alguna, salvo recayendo en su antigua resistencia, lamentándose de que no podía lograr resultados, de que el análisis no le llegaba, etc.

Volví a interpretar su sentimiento de inferioridad y su recurrente intento de demostrar la impotencia del análisis, o del analista; pero ahora traté también de trabajar sobre la transferencia a partir del hermano, señalando que según lo relatado, éste desempeñaba siempre el papel dominante. El paciente se adentró en este tema sólo con gran vacilación, al parecer porque estábamos frente al conflicto central de su

infancia; volvió a aludir a la atención que la madre dedicara a ~~de~~ su hermano sin mencionar, sin embargo, ninguna actitud subjetiva al respecto. Como lo demostró un cauteloso acercamiento a la cuestión, la envidia al hermano estaba completamente reprimida. Al parecer, esta envidia se asociaba en forma tan estrecha con un odio intenso que ni siquiera se le permitía llegar a la conciencia. Abordar este problema provocó una resistencia de particular violencia, que duró varios días y tomó otra vez la forma de sus estereotipados lamentos acerca de su incapacidad. Como la resistencia permanecía incólume, debíamos suponer que había aquí un rechazo particularmente agudo de la persona del analista. Le pedí una vez más que hablara libremente y sin temor del análisis y en particular del analista, y me contara qué impresión le había producido yo en ocasión de nuestro primer encuentro.⁴ Al cabo de grandes vacilaciones, dijo que le había parecido muy masculino y brutal, un hombre absolutamente despiadado con las mujeres. Le pregunté entonces cuál era su actitud hacia los hombres que le daban la impresión de ser potentes.

Esto sucedió hacia el fin del cuarto mes de análisis. Ahora, por primera vez, irrumpió esa actitud reprimida hacia el hermano, que guardaba la más estrecha relación con su actitud transferencial más perturbadora, la envidia de la potencia. Con gran afecto, recordó haber condenado siempre al hermano por estar de continuo persiguiendo mujeres, seduciéndolas y jactándose luego de ello. Yo le había recordado de inmediato al hermano. Le expliqué que evidentemente veía en mí a su hermano potente y que no podía abrirse ante mí porque me condenaba y porque mi supuesta superioridad le hería tal como solía herirle la del hermano; además, ahora resultaba claro que la base de su sentimiento de inferioridad era un sentimiento de impotencia.

Sucedió entonces lo que uno siempre ve en un análisis correcta y consecuentemente llevado a cabo: *el elemento central de la resistencia caracterológica ascendió a la superficie*. De pronto recordó haber comparado muchas veces su pene pequeño con el de gran tamaño de su hermano, y con qué intensidad le envidiara por ello.

Como cabía esperar, se presentó una nueva ola de resistencias; otra vez el lamento: "No puedo hacer nada". Pude ahora ir algo más allá en la interpretación y mostrarle que estaba haciendo un *acting out* de su impotencia. Su reacción fué totalmente inesperada. Refiriéndose a mi interpretación de su desconfianza, dijo por primera vez que nunca había creído a persona alguna, que en nada creía y probablemente tampoco en el psicoanálisis. Esto era, por supuesto, un importante paso adelante, pero la conexión entre esa aseveración y la situación analítica no estaba del todo clara. Durante dos horas habló de las numerosas decepciones por él experimentadas y creyó que constituían una explicación racional de su desconfianza. Volvió a aparecer la antigua resistencia; como no

⁴ A partir de entonces, he adquirido el hábito de solicitar al paciente una descripción de mi persona. Esta medida siempre resulta útil para la eliminación de situaciones transferenciales bloqueadas.

resultaba claro cuál había sido esta vez el factor precipitante; me mantuve a la espera. El antiguo comportamiento continuó varios días. Sólo volví a interpretar aquellos elementos de la resistencia con los cuales me hallaba bien familiarizado. Luego, de pronto, apareció un nuevo elemento de la resistencia: dijo *tener miedo al análisis porque podría despojarle de sus ideales*. La situación volvía a aclararse. Había transferido su angustia de castración desde el hermano hacia mí. Me temía. Por supuesto, no aludí a su angustia de castración; volví a partir en cambio de su sentimiento de inferioridad y su impotencia, preguntándole si sus elevados ideales no le hacían sentirse superior y mejor que todos los demás. Lo admitió abiertamente; más aún, dijo ser en verdad mejor que todos quienes pasaban su tiempo persiguiendo mujeres y viviendo sexualmente como los animales. Agregó sin embargo que este sentimiento se veía demasiado a menudo perturbado por el sentimiento de impotencia y que al parecer no había llegado a reconciliarse del todo con su debilidad sexual. Pude mostrarle entonces la manera neurótica en que trataba de superar su sentimiento de impotencia: estaba tratando de recuperar un sentimiento de potencia en el dominio de los ideales. Le hice ver el mecanismo de compensación y le señalé su secreto sentimiento de superioridad: no sólo se consideraba, en secreto, mejor y más inteligente que los demás; por este mismo motivo se resistía al análisis. Pues si el tratamiento tenía éxito, significaría haber recurrido a la ayuda de alguna otra persona y haber vencido su neurosis, cuyo secreto placer acababa de ser desenterrado. Desde el punto de vista de la neurosis, esto sería una derrota que además, para su inconsciente, significaría convertirse en una mujer. En esta forma, partiendo del yo y sus mecanismos de defensa, preparé el terreno para una interpretación del complejo de castración y de la fijación femenina.

El análisis del carácter había logrado, pues, penetrar desde su modo de conducta directamente hasta el centro de la neurosis, su angustia de castración, la envidia hacia el hermano debido al favoritismo de la madre, y la decepción sufrida con ésta. Lo importante no es aquí que estos elementos inconscientes ascendieran a la superficie; eso ocurre a menudo en forma espontánea. Sí lo es la sucesión lógica en que se presentaron y el estrecho contacto con la defensa yoica y la transferencia; además, esto tuvo lugar acompañado de los correspondientes afectos. Esto es lo que constituye un análisis del carácter consecuente: es una minuciosa elaboración de los conflictos, asimilada por el yo.

A título de contraste, consideremos lo que hubiese sucedido sin un consistente hincapié en las defensas. Al comienzo mismo, existía la posibilidad de interpretar la actitud homosexual pasiva ante el hermano, y los deseos de muerte. A no dudarlo, sueños y asociaciones hubiesen aportado material adicional para la interpretación. Pero sin una previa elaboración sistemática y pormenorizada de su defensa yoica, ninguna interpretación hubiese penetrado en forma efectiva; el resultado habría sido un conocimiento intelectual de sus deseos pasivos, junto con una violenta defensa afectiva contra ellos. Los afectos pertenecientes a la pasividad, así como los impulsos criminales, habrían continuado subsis-

tiendo en la función defensiva. El desenlace final hubiera sido una situación caótica, el típico cuadro de desesperanza de un análisis rico en interpretaciones y pobre en resultados.

Algunos meses de trabajo paciente y persistente sobre su defensa yoica, en particular sobre la forma de esta defensa (quejas, manera de hablar, etc.), elevó el yo al nivel necesario para asimilar lo reprimido, aflojó los afectos y los desplazó hacia las ideas reprimidas. No se puede decir, por lo tanto, que en este caso hubiesen sido factibles dos técnicas distintas; existía una sola posibilidad si se deseaba modificar al paciente *dinámicamente*. Confío que este caso aclare el diferente concepto de la aplicación de la teoría a la técnica. El criterio más importante para un análisis ordenado es plantear *pocas* interpretaciones, consecuentes y que hagan al caso, en lugar de numerosas interpretaciones poco sistemáticas y que no tomen en consideración el elemento dinámico y económico. Si no nos dejamos desorientar por el material, si en cambio valoramos correctamente la posición dinámica y el papel económico de ese material, llegamos a él más tarde, es cierto, pero más a fondo y con mayor afecto. El segundo criterio es establecer siempre la conexión entre la situación actual y la situación infantil. Mientras en un comienzo los diversos elementos del contenido coexisten lado a lado sin orden alguno, esto se va transformando en una sucesión lógica de resistencias y contenidos, sucesión determinada por la dinámica y estructura de la neurosis individual. Con una interpretación poco sistemática, uno debe partir una y otra vez, adivinando más que conociendo el camino a seguir; en el caso del trabajo carácter-analítico sobre las resistencias, en cambio, el proceso analítico se desarrolla como por sí solo. En el primer caso, el análisis se desenvolverá sin tropiezos en sus comienzos, sólo para caer progresivamente en más y más dificultades; en el segundo, las mayores dificultades se encuentran en las primeras semanas y meses del tratamiento, para dejar paso en forma progresiva a un trabajo sin tropiezos, aun con un material profundamente reprimido. El destino de cada análisis depende de su introducción, vale decir, del correcto o incorrecto manejo de las resistencias. El tercer criterio es pues el de no atacar el caso en este o aquel punto por casualidad tangible, sino en el punto que oculta la defensa yoica más esencial; el ensanchamiento sistemático de la brecha lograda en el inconsciente, y la elaboración de esa fijación infantil que es, afectivamente, la de mayor importancia en cualquier momento dado. Una determinada posición inconsciente que se manifiesta en un sueño o en una asociación puede tener una significación central para la neurosis y aun así en un momento dado carecer de importancia con respecto a su significación técnica. En nuestro paciente, la actitud femenina hacia el hermano tenía una importancia patogénica central; sin embargo, en los primeros meses el problema técnico fué el temor a perder esa compensación de la impotencia que los ideales elevados representaban. El error cometido por lo común es el de atacar el punto patogénico central de la neurosis, que por lo general se manifiesta de alguna manera en el comienzo mismo del tratamiento. Lo que debe atacarse en cambio son las respectivas posiciones importantes actuales

que, con un trabajo sistemático, una tras otra, conducen *por necesidad* a la situación patogénica central. Es importante por lo tanto, y en muchos casos decisivo, *cómo, cuándo* y de qué lado nos adelantamos hacia el punto central de la neurosis.

Lo que hemos descrito aquí como análisis del carácter encaja sin dificultad en la teoría de Freud sobre las resistencias, su formación y disolución. Sabemos que toda resistencia consiste en un impulso del ello cuyo desarrollo se trata de impedir y un impulso del yo a cargo de esa tarea. Ambos impulsos son inconscientes. En principio, entonces, pareceríamos estar en libertad de interpretar primero ya sea el impulso del ello o el impulso del yo. Así, por ejemplo, si al comienzo mismo del análisis aparece una resistencia homosexual bajo la forma de guardar silencio, podemos encarar el impulso del ello diciendo al paciente que le ocupan pensamientos acerca de amar al analista o de ser amado por él; hemos interpretado su transferencia positiva y si el paciente no escapa, pasará en el mejor de los casos un largo tiempo antes de que pueda aceptar idea tan prohibida. El mejor camino es pues encarar primero la *defensa del yo*, relacionada más de cerca con el yo consciente. Diremos al paciente en un comienzo sólo que guarda silencio porque —“*por una u otra razón*”, vale decir, sin tocar el impulso del ello— se defiende contra el análisis, presumiblemente porque se ha convertido en peligroso para él. En el primer caso, hemos afrontado el aspecto del ello; en el segundo, el aspecto yoico de la resistencia, la defensa.

Procediendo de esta manera, abarcamos la transferencia negativa en la cual desemboca por último toda defensa, así como también el carácter, la coraza del yo. La capa superficial, más aproximadamente consciente, de *toda* resistencia debe por necesidad ser una actitud negativa hacia el analista, sin importar si el impulso del ello que se evita es de amor o de odio. El yo proyecta sobre el analista —que se ha convertido en enemigo peligroso— su defensa contra el impulso del ello, pues por su insistencia en la regla fundamental ha provocado impulsos del ello y ha perturbado el equilibrio neurótico. En su defensa, el yo hace uso de formas muy antiguas de actitudes negativas; utiliza impulsos de odio provenientes del ello, aunque eso equivalga a hacer a un lado impulsos de amor.

Si nos atenemos a la regla de afrontar resistencias provenientes del yo, siempre disolvemos al mismo tiempo cierta cantidad de transferencia negativa, de odio. Esto salva el peligro de pasar por alto las tendencias destructivas, a menudo muy bien ocultas; también fortalece la transferencia positiva. Asimismo, el paciente capta la interpretación yoica con más facilidad, pues está más de acuerdo con la experiencia consciente que la interpretación del ello; esto le deja mejor preparado para esta última, que sigue en época ulterior.

La defensa yoica tiene siempre la misma forma, correspondiendo al carácter del paciente, cualquiera sea el impulso reprimido del ello. A la inversa, el mismo impulso del ello es esquivado en diferentes formas por diferentes individuos. Si sólo interpretamos el impulso del ello, dejaremos intacto el carácter. En cambio, si siempre encaramos las resis-

tencias desde el lado de la defensa, desde el lado del yo, incluiremos en el análisis el carácter neurótico. En el primer caso, enunciamos de inmediato *lo que* el paciente esquivaba. En el segundo, primero le aclaramos *el hecho de que* esquivaba "algo"; luego, *cómo* lo hace, cuáles son los medios de defensa (análisis del carácter); sólo al final, cuando el análisis de la resistencia ha progresado lo suficiente, se le dice —o lo descubre por sí solo— qué es lo que evita. En este largo desvío hacia la interpretación de los impulsos del ello, se han analizado todas las actitudes correspondientes del yo. Esto elimina el peligro de que el paciente aprenda algo demasiado temprano, o que continúe sin afecto y sin participación.

Los análisis en los cuales se concentra tanta atención en las actitudes, siguen un curso más ordenado y lógico, mientras la investigación teórica no sufre en lo más mínimo. Las experiencias infantiles importantes, se obtienen más tarde, es cierto; pero esto se ve más que compensado por la vividez emocional con la cual el material infantil surge *después* del trabajo analítico sobre las resistencias caracterológicas.

Por otra parte, no debiéramos dejar de mencionar ciertos aspectos poco placenteros de un análisis consecuente del carácter. Constituye una carga mucho más pesada para el paciente: éste sufre mucho más que cuando se deja el carácter fuera de consideración. Es cierto, esto tiene la ventaja de un proceso selectivo: quienes no pueden soportarlo no habrían logrado éxito alguno de todas maneras, y es mejor descubrirlo al cabo de pocos meses que al cabo de algunos años. La experiencia muestra que si la resistencia caracterológica no cede, no cabe esperar un resultado satisfactorio. La superación de la resistencia caracterológica *no* significa que el carácter se modifique; esto, por supuesto, sólo es posible después del análisis de sus fuentes infantiles. Superar la resistencia *no* significa sino que el paciente ha adquirido una visión objetiva de su carácter y un interés analítico en él; una vez logrado esto, el progreso favorable del análisis es probable.

e) *El aflojamiento de la coraza caracterológica.*

Como dijimos antes, la diferencia esencial entre el análisis de un síntoma y el de un rasgo de carácter neurótico, consiste en que el síntoma se aísla desde el comienzo y se lo observa en forma objetiva, mientras el rasgo de carácter debe ser señalado continuamente, de suerte que el paciente logre hacia él la misma actitud que hacia un síntoma. Sólo rara vez se logra tal cosa con facilidad. La mayoría de los pacientes tiene una tendencia muy poco acentuada a contemplar su carácter en forma objetiva. Esto es comprensible pues se trata de debilitar el mecanismo de protección narcisista, de liberar la angustia en él ligada.

Un hombre de 25 años acudió al análisis debido a algunos síntomas menores y por sufrir de una perturbación en su trabajo. Mostraba un comportamiento libre, confiado en sí mismo, pero a menudo daba la impresión de que su porte era artificial y que no establecía relación auténtica alguna con la persona con quien hablaba. Había algo de frío en su forma de hablar, algo vagamente irónico; a menudo sonreía y no se sabía si era una sonrisa de incomodidad, de superioridad o de ironía.

El análisis comenzó con emociones violentas y abundante *acting out*. Lloró al hablar de la muerte de la madre y maldijo al describir la acostumbrada crianza de los hijos. El matrimonio de sus padres había sido muy desgraciado. La madre había sido muy estricta con él, y con los hermanos había establecido alguna suerte de relación sólo en los últimos años. La forma en que continuó hablando intensificó la impresión original de que ni su llanto ni sus maldiciones o cualquiera otra emoción surgían en realidad en forma plena y natural. El mismo paciente dijo que en última instancia todo eso no era tan malo, que continuamente se sonreía de todo lo que decía. Después de algunas horas, comenzó a tratar de provocar al analista. Así por ejemplo, cuando éste daba por terminada la sesión, permanecía un rato acostado en el diván, o comenzaba una nueva conversación. Una vez me preguntó qué haría yo si él me cogía de la garganta para ahorcarme. Dos días después, trató de asustarme con un repentino movimiento de su mano hacia mi cabeza. Me retiré instintivamente y le dije que el análisis sólo pedía de él que dijera todo, no que lo hiciera. En otra ocasión, al abandonar el consultorio, me palmeó el brazo. El significado profundo de este gesto, que no pudo ser interpretado en ese momento, era una transferencia homosexual naciente, manifestada en forma sádica. Cuando, en un nivel superficial, interpreté estos actos como provocaciones, se sonrió y se encerró aún más en sí mismo. Los actos cesaron, al igual que sus comunicaciones; todo lo que subsistió fué la sonrisa estereotipada. Comenzó a guardar silencio. Cuando le señalé el carácter defensivo de esta manera de comportarse, se limitó a volver a sonreír y después de un período de silencio, repitió, con intención evidente de burlarse de mí, la palabra "resistencia". Así pues, la sonrisa y la burla se convirtieron en centro del trabajo analítico.

La situación era difícil. Fuera de los pocos datos generales acerca de su infancia, nada sabía de él. Todo lo que tenía, por lo tanto, eran sus modalidades de comportamiento en el análisis. Durante algún tiempo me limité a esperar para ver qué sucedería, pero su conducta permaneció invariable unas dos semanas. Luego recordé que la intensificación de su sonrisa se había producido en la época en que yo había detenido sus agresiones. Traté de hacerle comprender el significado de su sonrisa a este respecto. Le dije que sin duda su sonrisa significaba muchas cosas, pero en el momento presente era una reacción ante la cobardía mostrada por mí instintiva retirada. Reconoció que bien podría ser así, pero que él continuaría sonriendo. Habló de cosas sin importancia y se mofó del análisis manifestando que no podía creer nada de lo que yo le decía. Resultaba cada vez más claro que su sonrisa servía de protección contra el análisis. Así se lo dije repetidas veces durante varias sesiones, pero transcurrieron semanas antes de que tuviese un sueño relacionado con una máquina que cortaba en trozos pequeños una larga pieza hecha de ladrillos. La relación de este sueño con la situación analítica era tan poco clara que no produjo asociación alguna. Por último, el paciente dijo que, después de todo, el sueño era muy sencillo, se trataba evidentemente del complejo de castración... y sonrió. Le dije que su ironía era un intento de desconocer la indicación dada por el inconsciente a través

del sueño. Ante lo cual produjo un recuerdo-pantalla de gran importancia para el ulterior desarrollo del análisis. Recordó que alrededor de los cinco años, una vez había “jugado al caballo” en el patio de su casa: andaba en cuatro patas, dejando colgar el pene fuera del pantalón. La madre le sorprendió en el juego y le preguntó qué demonios hacía. A lo que el niño reaccionó limitándose a sonreír. Nada más pude saber por el momento. No obstante, algo había aprendido: su sonrisa era un trozo de transferencia materna. Cuando le dije que a todas luces se comportaba en el análisis tal como lo hiciera con la madre, que su sonrisa debía tener un significado definido, sólo volvió a sonreír y dijo que todo eso estaba muy bien, pero no le parecía plausible. Durante algunos días, hubo de su parte la misma sonrisa y el mismo silencio, mientras yo interpretaba constantemente su comportamiento como una defensa contra el análisis, señalándole que su sonrisa era un intento de superar un temor secreto a mí. Estas interpretaciones también tropezaron con su estereotipada sonrisa, lo que también se interpretó como una defensa contra mi influencia. Le señalé que al parecer siempre sonreía, no sólo en el análisis, y debió admitir que ésa era su única manera posible de recorrer la vida. Con tal admisión, había concordado conmigo, contra su voluntad. Pocos días después entró sonriendo una vez más y dijo: “Hoy quedará contento, Doctor. En el idioma natal de mi madre, *bricks* (ladrillos) significa testículos de caballo. Magnífico, ¿no es cierto? De manera que, como usted ve, es el complejo de castración”. Le dije que eso podía o no ser cierto; que, en todo caso, mientras mantuviese esa actitud defensiva, el análisis de los sueños quedaba fuera de toda cuestión pues con su sonrisa él anularía, sin duda, toda asociación y toda interpretación. Debe decirse aquí que esa sonrisa era apenas visible, era más una cuestión de sentimiento y una actitud de burla ante las cosas. Le manifesté que no necesitaba temer a reírse del análisis abiertamente y en voz alta. A partir de entonces, su ironía fué mucho más franca. A pesar de los contenidos burlones, sus asociaciones fueron de gran valor para comprender la situación. Parecía muy probable que, como sucede tan a menudo, había concebido el análisis como un peligro de castración; en un comienzo había esquivado este peligro con la agresión y luego con la sonrisa. Volví a las agresiones de comienzos del análisis y agregué la nueva interpretación de que había tratado de ponerme a prueba con sus provocaciones, de que quería saber hasta dónde podía llegar, hasta dónde podía confiar en mí. En otras palabras, había sentido una desconfianza basada en un temor infantil. Esta interpretación le impresionó visiblemente. Durante un momento fué un golpe, pero pronto se recobró y volvió a desconocer el análisis y mis interpretaciones con su constante sonreír. Seguí siendo consecuente en mis interpretaciones; sabía por distintos indicios que estaba en el buen camino y a punto de minar su defensa yoica. No obstante, él siguió igualmente consecuente en su actitud sonriente durante un número de sesiones. Intensifiqué mis interpretaciones ligándolas más de cerca al supuesto temor infantil. Le dije que temía el análisis porque reviviría los conflictos infantiles que él pensaba haber resuelto con su actitud sonriente, pero que su creencia era errónea pues

su excitación al hablar de la muerte de la madre había sido auténtica. Aventuré la suposición de que su relación con la madre no había sido tan sencilla; que no sólo la había temido y ridiculizado, sino también querido. En forma algo más seria que la acostumbrada, relató entonces por menores acerca de la poca bondad de la madre hacia él; en una ocasión, cuando él cometiera alguna trapisonda, ella llegó a herirle en una mano con un cuchillo, y agregó: "Bueno, según los libros esto es otra vez el complejo de castración, ¿no es así?" No obstante, algo serio parecía suceder en su interior. Mientras yo continuaba interpretando el significado manifiesto y latente de su sonrisa toda vez que aparecía en la situación analítica, se produjeron nuevos sueños. Su contenido manifiesto fué de ideas de castración simbólica. Por último tuvo un sueño en el cual figuraban caballos y otro en el cual una elevada torre surgía de un autobomba. De la torre salía una gran columna de agua que se derramaba sobre una casa incendiada. En esa época, el paciente sufrió ocasionales episodios de enuresis. Comprendió por sí solo la relación entre los "sueños de caballos" y su jugar al caballo, aunque acompañándolo de sonrisas. Más aún, recordó haberse interesado siempre por los largos penes de los caballos; creía que en su juego infantil había imitado a tales animales. También solía brindarle abundante placer el hecho de orinar. No recordaba si de niño solía mojar su cama.

En otra ocasión, al discutir el significado infantil de su sonrisa, pensó que posiblemente en el episodio del juego del caballo la sonrisa no había sido despreciativa en manera alguna, sino un intento de aplacar a la madre, por temor a que ésta pudiese regañarle. En esta forma, se aproximaba más y más a lo que yo había estado interpretando durante meses a base de su comportamiento en el análisis. La sonrisa había pues cambiado de función y significado en el curso del tiempo: originalmente un *intento de conciliación*, se convirtió más tarde en *compensación de un temor interior* y, por último, servía también como medio de *sentirse superior*. El paciente mismo descubrió esta explicación cuando en el curso de varias sesiones reconstruyó la forma que había encontrado para escapar a su miseria de infancia. El significado era: "Nada puede sucederme, soy inmune a todo". En este último sentido, la sonrisa se había erigido en defensa en el análisis, como protección contra la reactivación de los antiguos conflictos. El motivo básico de esta defensa era un temor infantil. Un sueño aparecido al finalizar el quinto mes puso de manifiesto la capa más profunda de su temor, el temor a ser abandonado por la madre. El sueño era como sigue: "Viajo en automóvil acompañado de una persona desconocida, atravesando una pequeña ciudad abandonada, de aspecto desolado. Las casas están en ruinas; los vidrios de las ventanas, hechos añicos. No se ve un alma. Es como si la muerte hubiese asolado el lugar. Llegamos a un portón donde yo quiero doblar. Digo a mi acompañante que deberíamos mirar otra vez. En la acera hay un hombre y una mujer, de rodillas, en ropas de duelo. Me aproximo a ellos y les pregunto algo. Cuando les toco un hombro, saltan y despiertan aterrorizados". La asociación más importante fué que la ciudad era similar a aquella en la cual el paciente viviera hasta los cuatro años. Se

expresaban claramente en el sueño la muerte de la madre y el sentimiento infantil de ser dejado a solas. El compañero era el analista. Por primera vez, el paciente tomó un sueño como cosa seria, sin sonreír en momento alguno. La resistencia caracterológica había sido atravesada, estableciéndose la conexión con lo infantil. A partir de ese momento, el análisis prosiguió sin dificultad especial, interrumpido —por supuesto— por las recaídas en la antigua resistencia caracterológica, tal como sucede en todo tratamiento.

Se sobrentiende que las dificultades fueron mucho mayores de lo que puede parecer por este breve resumen. Toda la fase de resistencia duró casi seis meses, caracterizados por las burlas de que el paciente hacía objeto al análisis durante días y semanas enteras. Sin la necesaria paciencia y la confianza en la eficiencia de una interpretación consecuente de la resistencia caracterológica, a menudo nos hubiésemos inclinado a abandonar el caso.

Veamos si la penetración analítica en el mecanismo de este caso justificaría algún otro procedimiento técnico. En lugar de hacer un hincapié consecuente en el modo de conducta, se podría haber analizado con minuciosidad los escasos sueños del paciente. Quizá hubiese mostrado entonces asociaciones pasibles de ser interpretadas. Puede no ser importante que antes del análisis el paciente no soñara, o bien olvidara todos sus sueños, y que no produjo sueños de contenido tocante a la situación analítica hasta después de la interpretación consecuente de su conducta. Podría objetarse que de todas maneras habría producido esos sueños en forma espontánea; no cabe discutir tal posibilidad, pues no puede demostrarse en ninguno de los dos sentidos. Como quiera que sea, poseemos una amplia experiencia y ella nos enseña que es difícil resolver sólo con la espera pasiva una situación tal como la que presentaba nuestro paciente; si se lo logra, es por accidente, sin que el analista tenga en sus manos las riendas del análisis. Supongamos entonces que hubiésemos interpretado las asociaciones relacionadas con el complejo de castración, vale decir, hubiésemos tratado de hacerle adquirir conciencia de su temor a cortar o a ser cortado. Quizá esto habría también conducido finalmente a un éxito. Pero el hecho mismo de no poder tener la seguridad de que ocurriera, de que debamos admitir la índole accidental de tal acontecimiento, nos obliga a rechazar como básicamente no analítica una técnica de estas características, que trata de rodear una resistencia existente. Tal técnica significaría retornar a esa etapa del análisis en la que no nos molestábamos por las resistencias, pues no las conocíamos, y cuando, en consecuencia, interpretábamos directamente el significado del material inconsciente. Es evidente, según la historia clínica, que esto significaría al mismo tiempo descuidar las defensas del yo.

Podría objetarse una vez más que si bien el manejo técnico del caso fué absolutamente correcto, mis argumentos no se entienden, que todo esto era evidente y nada nuevo, que en esta forma trabajaban todos los analistas. Es cierto, el principio general no es nuevo: no es sino la aplicación consecuente del análisis de la resistencia. Muchos años de experiencia en el Seminario Técnico mostraron, sin embargo, que los

analistas por lo general conocen y admiten los principios de la técnica de la resistencia, mientras en la práctica usan en esencia la técnica de la interpretación directa del inconsciente. Esta discrepancia entre el conocimiento teórico y la acción práctica era la fuente de todas las erróneas objeciones a los intentos sistemáticos del Seminario de Viena por desarrollar la aplicación consecuente de la teoría a la terapia. Si decían que todo esto era trivial y nada nuevo, era teniendo presente su conocimiento teórico; si objetaban que era desacertado y no era análisis "freudiano", lo hacían pensando en su propio ejercicio de la profesión que, como hemos dicho, era totalmente distinto.

Un colega me preguntó en una ocasión qué habría hecho yo en el siguiente caso: durante las últimas cuatro semanas había estado tratando a un joven que se mantenía en constante silencio, pero era por lo demás simpático y mostraba una conducta muy afable antes y después de la sesión analítica. El analista había ensayado toda clase de recursos, le había amenazado con interrumpir el tratamiento y por último, cuando fracasó hasta la interpretación de sueños, fijó una fecha para dar por terminado el tratamiento. Los escasos sueños estaban llenos de crímenes sádicos. El analista había dicho a su paciente que, después de todo, debía admitir a base de esos sueños que en sus fantasías era un asesino. Pero eso no constituyó ayuda alguna. El colega no se sintió satisfecho con mi opinión de que era incorrecto interpretar material tan profundo en presencia de una resistencia aguda, sin importar con cuánta claridad apareciera el material en un sueño. El colega creía que no existía otra posibilidad. Cuando le dije que, en primer lugar debía haber interpretado el silencio como una resistencia, afirmó que eso era imposible pues no había "material" con el cual hacer la interpretación. ¿Acaso la conducta misma, el silencio durante la hora de sesión a diferencia de la actitud fuera de ella, no es "material" suficiente? ¿No muestra con claridad esta situación la única cosa por lo menos que el paciente expresa con su silencio, una actitud negativa o una defensa? ¿Y que, a juzgar por sus sueños, se trata de impulsos sádicos que trata de compensar y disimular con su comportamiento por demás afable? ¿Por qué osamos deducir ciertos procesos inconscientes a partir de un acto fallido del paciente, tal como olvidar algún objeto en el consultorio, y en cambio no nos atrevemos a deducir el significado de la situación basándonos en su comportamiento? ¿Acaso la totalidad del comportamiento es material menos concluyente que un acto fallido? Nada de esto pareció plausible a mi colega; continuó insistiendo en que la resistencia no podía ser encarada pues no existía "material" para hacerlo. No quedaba duda de que la interpretación de los impulsos criminales era un error técnico; sólo podía tener el efecto de aterrorizar al paciente y de ponerle en guardia más aún de lo que ya estaba.

Las dificultades de los casos presentados en el Seminario eran de índole muy similar: se trataba siempre de la misma subestimación o del completo abandono del comportamiento como material interpretable; era una y otra vez el intento de eliminar la resistencia partiendo desde el ello en lugar de hacerlo mediante el análisis de la defensa del yo; y por último,

casi siempre, la idea —usada como coartada— de que sencillamente el paciente no quería mejorar, o era “demasiado narcisista”.

En principio, el aflojamiento de la defensa narcisista no difiere, en otros tipos, del ya descrito. Pongamos por caso un paciente carente siempre de afecto e indiferente, independientemente del material que pueda presentar; nos encontramos entonces frente al peligroso bloqueo afectivo. A menos de dedicarnos a este bloqueo antes que a ninguna otra cosa, se corre el peligro de desperdiciar todo el material y las interpretaciones y de ver al paciente convertirse en un buen teórico del análisis, mientras en todos los demás sentidos sigue siendo el mismo. A menos de preferir en tal caso abandonar el análisis a causa del “narcisismo demasiado marcado”, se puede llegar a un acuerdo con el paciente, a los efectos de continuar confrontándolo con su invalidez afectiva pero estableciendo también que, por supuesto, él puede detenerse cuando lo desee. Con el transcurso del tiempo —por lo general numerosos meses, en un caso requirió un año y medio— el paciente comienza a experimentar la repetida indicación de su invalidez afectiva y sus motivos como algo doloroso, pues en el ínterin uno ha adquirido suficientes medios para socavar la protección contra la angustia que representa la invalidez de afecto. Por último, el paciente se rebela contra el peligro que le amenaza desde el análisis, el peligro de perder la coraza psíquica protectora y de verse confrontado con sus impulsos, particularmente con su agresión. Esta rebelión activa su agresividad y antes de mucho tiempo se produce al primer estallido emocional en el sentido de transferencia negativa, bajo la forma de un ataque de odio. Logrado esto, el camino se aclara. Cuando hacen su aparición los impulsos agresivos, el paciente está en condiciones de ser analizado. La dificultad consiste en traer a la superficie esta agresividad.

Lo mismo puede decirse cuando los pacientes narcisistas expresan su resistencia caracterológica en su forma de hablar: lo harán, por ejemplo, siempre de manera altanera, con términos técnicos, siempre con gran corrección o bien en forma confusa. Estas maneras de hablar forman una barrera impenetrable y no hay experiencia real hasta analizar la forma de expresión misma. También aquí la interpretación consecuente del comportamiento desemboca en la indignación narcisista, pues el paciente no gusta que se le diga que habla en forma tan altanera, o empleando términos técnicos, a fin de disimular su sentimiento de inferioridad ante sí mismo y ante el analista, o que habla de manera tan confusa porque quiere aparecer como especialmente ingenioso y es incapaz de expresar sus pensamientos en palabras sencillas. En esta forma, logramos abrir una importante brecha en el carácter neurótico y crear un camino de aproximación al origen infantil del carácter y de la neurosis. Por supuesto, no basta señalar la índole de la resistencia en tal o cual momento; cuanto más obstinada aquélla, tanto más consecuente debe ser la interpretación. Si se analizan al mismo tiempo las actitudes negativas hacia el analista así provocadas, el riesgo de que el paciente interrumpa el análisis resulta prácticamente despreciable.

El efecto inmediato del ablandamiento analítico de la coraza caracterológica y del mecanismo de protección narcisista, es doble: en primer

lugar, la liberación de los afectos respecto a su anclaje reactivo y a sus escondites; en segundo, la creación de un camino hacia los conflictos infantiles centrales, el complejo de Edipo y la angustia de castración. Una gran ventaja de este procedimiento consiste en que no sólo llega a las experiencias infantiles como tales; las analiza en la manera específica en que han sido asimiladas por el yo. Vemos una y otra vez que el mismo fragmento de material reprimido reviste distinta importancia dinámica conforme a la etapa que se ha alcanzado en el ablandamiento de las resistencias. En muchos casos, el afecto de las experiencias infantiles está absorbido en las defensas caracterológicas; por ende, con una interpretación sencilla de los contenidos podemos quizá despertar los recuerdos, mas no los afectos correspondientes. En tales casos, la interpretación del material infantil sin un ablandamiento *previo* de las energías afectivas absorbidas en el carácter, constituye un serio error. A él se debe, por ejemplo, el análisis desesperadamente prolongado y relativamente inútil de los caracteres compulsivos.⁵ En cambio, si primero desligamos los afectos de las formaciones defensivas del carácter, tiene lugar automáticamente una nueva catexis de los impulsos infantiles. Si se sigue la línea que para la interpretación de las resistencias establece el análisis del carácter, los recuerdos sin afectos quedan prácticamente fuera de la cuestión; la perturbación del equilibrio neurótico, que va paralela al análisis del carácter desde un comienzo mismo, hace esos recuerdos prácticamente imposibles.

En otros casos, el carácter se ha construido como un sólido muro protector contra la experiencia de la angustia infantil y ha desempeñado bien esta función, aunque a expensas de gran parte de la felicidad. Si semejante individuo acude al análisis debido a algún síntoma, este muro de protección sirve igualmente bien como resistencia caracterológica y pronto comprendemos que nada puede hacerse a menos de destruir esta coraza caracterológica que recubre y absorbe la angustia infantil. Tal es el caso, por ejemplo, en la "insania moral" y en numerosos caracteres de tipo maniaco sádico-narcisista. En estos casos uno se ve a menudo frente a la difícil pregunta de si el síntoma justifica un análisis del carácter de alcance profundo. Pues debemos comprender que destruir la compensación caracterológica mediante el análisis del carácter, crea temporariamente un estado equivalente a la disolución de la personalidad. Más aún, en muchos casos extremos, tal disolución es inevitable antes

⁵ El caso siguiente ejemplifica la importancia decisiva de descuidar una modalidad de conducta. Un carácter compulsivo que llevaba doce años de análisis sin resultados apreciables y conocía todo lo relativo a sus conflictos infantiles, tal como su conflicto paterno central, hablaba en las sesiones con una entonación peculiarmente monótona, como de cantilena, y se retorció continuamente las manos. Le pregunté si esta manera de comportarse había sido analizada alguna vez, y contestó en forma negativa. Un día, me asaltó la idea de que hablaba como si estuviese rezando y así se lo dije. Contó entonces que de niño su padre le obligaba a concurrir a la sinagoga y orar. Lo había hecho, pero sólo bajo protesta. En la misma forma, también había orado —durante doce largos años— ante el analista: "Por favor, lo haré si usted me lo pide, pero sólo bajo protesta". El descubrimiento de este pormenor al parecer incidental de su comportamiento, abrió el camino al análisis y condujo a los afectos más intensamente escondidos.

de poder desarrollar una estructura nueva, racional de la personalidad. Se puede decir, por supuesto, que de todas maneras la disolución hubiese ocurrido tarde o temprano, siendo el desarrollo del síntoma su primer indicio. No obstante, vacilaremos antes de emprender una operación que implica tamaña responsabilidad, a menos de ser urgente.

Debe mencionarse a este respecto otro hecho: el análisis del carácter crea en todos los casos violentos estallidos emocionales y a menudo situaciones peligrosas, de suerte que siempre es importante dominar la situación, desde el punto de vista técnico. Por este motivo, no pocos analistas rehusan emplear el método del análisis del carácter; si lo hicieran tendrían que abandonar la esperanza de lograr éxitos numerosos. Muchas neurosis no pueden ser vencidas por medios tibios. Los medios del análisis del carácter, el hincapié consecuente sobre la resistencia caracterológica y la persistente interpretación de sus formas, maneras y motivos, son tan potentes cuanto poco placenteros para el paciente. Esto en nada se relaciona con la educación; se trata más bien de un principio analítico estricto. Sin embargo, conviene señalar al paciente, desde un comienzo, las dificultades y displaceres previsibles.

f) *Sobre las condiciones óptimas para la reducción analítica del material actual al nivel infantil.*

Como la interpretación consecuente de la conducta abre de modo espontáneo el camino hacia las fuentes infantiles de la neurosis, surge una nueva pregunta: ¿existen criterios para indicar *cuándo* debe tener lugar la reducción de los modos actuales de conducta a sus prototipos infantiles? Esta reducción, lo sabemos, es una de las tareas cardinales del análisis, pero esta formulación es demasiado general para aplicarla en la práctica cotidiana. ¿Debe hacerse tan pronto como aparecen los primeros indicios del correspondiente material infantil, o existen razones para postergarlo hasta cierto momento, más adelante? En primer lugar, debe señalarse que en muchos casos la finalidad de la reducción —disolución de la resistencia y eliminación de la amnesia— no se cumple: no existe sino una comprensión intelectual, o bien la reducción se refuta planteando dudas. Esto se explica porque —como en el caso de hacer conscientes las ideas inconscientes— el proceso tópico es completo sólo si está combinado con el proceso *dinámico-afectivo* del volverse consciente. Esto requiere el cumplimiento de dos condiciones: primero, las resistencias principales deben por lo menos ablandarse; segundo, la idea que ha de hacerse consciente —o, en el caso de la reducción, ha de entrar en una nueva asociación— debe llegar a cargarse con determinado mínimo de afecto. Ahora bien, sabemos que los afectos han sido por lo general separados de las ideas reprimidas y ligados a las resistencias y conflictos transferenciales agudos. Si ahora reducimos la resistencia a la situación infantil existente antes de haberse desarrollado plenamente, y lo hacemos tan pronto como existe sólo un rastro de su origen infantil, no habremos utilizado a fondo sus energías afectivas; sólo habremos interpretado el contenido de la resistencia, sin haber movilizad también el correspondiente afecto. Vale decir, las consideraciones dinámicas

hacen necesario no cortar la resistencia en capullo sino, por el contrario, fomentar su pleno desarrollo en la situación transferencial. En el caso de las incrustaciones caracterológicas crónicas no existe otra posibilidad. La regla de Freud según la cual hay que llevar al paciente desde el *acting out* al recordar, desde el momento presente a lo infantil, debe complementarse con una regla nueva: *primero* hay que traer a una nueva vida lo que ha llegado a ser crónicamente rígido en la situación transferencial actual, tal como las inflamaciones crónicas se tratan transformándolas *primero* en procesos agudos. Con las resistencias caracterológicas esto es siempre necesario. En las etapas posteriores del análisis, cuando uno está seguro de la cooperación del paciente, resulta menos necesario. Uno adquiere la impresión de que en numerosos analistas, la reducción inmediata de situaciones transferenciales aun completamente prematuras, se debe al temor a las fuertes y tormentosas resistencias transferenciales; esto concuerda con el hecho de que —a pesar de un mejor conocimiento teórico— a menudo se considera hoy las resistencias como algo muy poco agradable y altamente perturbador. De aquí la tendencia a dejarlas de lado en lugar de conducir las a su pleno desarrollo y luego tratarlas. No debemos olvidar que la neurosis misma está contenida en las resistencias, y que con la disolución de cada una de ellas disolvemos un fragmento de la neurosis.

Existe otro motivo por el cual es necesario permitir el pleno desarrollo de la resistencia. Debido a su complicada estructura, uno capta todas sus determinantes y significados sólo en forma gradual; cuanto más a fondo hayamos captado una situación de resistencia, tanto mayor será el éxito de su posterior interpretación. Asimismo la doble naturaleza de la resistencia —actual o histórica— impone en primer lugar la necesidad de hacer plenamente consciente las formas de defensa yoica que contiene; sólo después que su significado actual resulta claro, deben interpretarse sus orígenes infantiles. Esto vale en especial en casos que ya han producido el material infantil necesario para una comprensión de la resistencia *que sigue*. En los demás casos, más numerosos, debe provocarse el pleno desarrollo de la resistencia, y el único motivo es que de no ser así, no se obtiene suficiente material infantil.

La técnica de las resistencias tiene pues dos aspectos: *primero, captar la resistencia a base de la situación actual, a través de la interpretación de su significado presente; segundo, la disolución de la resistencia vinculando el material infantil que le sigue con el actual*. En esta forma, se puede evitar fácilmente la huida hacia el presente, así como también hacia lo infantil, pues en el trabajo de interpretación se presta igual atención a ambos niveles. Así, de un impedimento para el análisis la resistencia se convierte en su recurso más poderoso.

g) *El análisis del carácter en el caso de amplia afluencia de material.*

En los casos en que el carácter obstaculiza desde un comienzo el proceso de recordar, no puede haber duda alguna acerca de lo indicado del análisis del carácter como única manera legítima de introducción

al análisis. ¿Mas qué sucede con los casos cuyo carácter admite desde el primer momento la producción de amplio material mnémico? ¿Requieren también estos casos el análisis del carácter, tal como aquí se lo describe? Esta pregunta podría contestarse por la negativa si existieran casos sin coraza caracterológica. Pero como no existen, como el mecanismo de protección narcisista se convierte siempre en resistencia caracterológica —tarde o temprano, con diversa intensidad y profundidad— no hay diferencia fundamental en los casos. La diferencia práctica, con todo, es la siguiente: en casos como los descritos más arriba, el mecanismo de protección narcisista se halla en la superficie y aparece como resistencia de inmediato, mientras en otros se halla en capas más profundas de la personalidad, de suerte que no llama nuestra atención en un comienzo. Pero son éstos, precisamente, los peligrosos. En los primeros, uno sabe contra qué lucha. En los últimos, a menudo cree durante un lapso prolongado que el análisis progresa satisfactoriamente, pues el paciente parece aceptarlo todo con gran facilidad, muestra reacciones rápidas a las interpretaciones del analista, e incluso parece mejorar. Mas es en estos pacientes con quienes uno experimenta las peores desilusiones. El análisis ha sido realizado, pero el éxito final no se materializa. Uno ha planteado todas sus interpretaciones, parece haber hecho completamente consciente la escena primaria y todos los conflictos infantiles; sin embargo, el análisis se empantana en una repetición vacía, monótona, del material antiguo, y el paciente no mejora. Peor aún, un éxito transferencial puede engañarnos en cuanto al verdadero estado de cosas y quizá el paciente vuelva con una recaída total, al poco tiempo de habersele dado de alta.

La abundancia de experiencias tristes con tales casos, constituye una conclusión evidente de que uno ha pasado por alto alguna cosa. Este descuido no podría referirse a los contenidos, pues a ese respecto estos análisis poco dejaban que desear; sólo podría ser una resistencia latente inadvertida, que anuló todos los esfuerzos terapéuticos. Pronto se descubrió que estas resistencias latentes consistían precisamente en la gran disposición de los pacientes, en la falta de resistencias manifiestas. Al compararlos con casos exitosos, llamó la atención el hecho de que estos análisis hubiesen mostrado una afluencia constantemente uniforme, nunca interrumpida por violentos estallidos emocionales; lo que es más importante, habían tenido lugar en una transferencia “positiva” casi constante; rara vez, si acaso, habíanse dado violentos impulsos negativos hacia el analista. Esto no significa que los impulsos de odio no hubiesen sido analizados; sólo que no aparecieron en la transferencia, o bien que fueron recordados sin afecto. Prototipos de estos casos son los caracteres narcisistas inválidos de afecto, y los pasivo-femeninos. Los primeros muestran una transferencia tibia y uniforme; los segundos, una transferencia “positiva” exagerada.

Se había considerado que estos casos “marchaban bien” pues aportaban material infantil, vale decir, también aquí se hacía una sobreestimación unilateral de los contenidos del material. No obstante, en todo el transcurso del análisis el carácter había actuado como severa resistencia en una forma que permanecía escondida. Muy a menudo, se

los considera incurables o por lo menos extremadamente difíciles de manejar. Antes de familiarizarme con las resistencias latentes en estos casos, yo solía concordar con ese juicio; desde entonces, puedo contarlos entre mis casos más satisfactorios.

La aplicación del análisis del carácter que se hace en tales casos difiere de otros porque al principio no se interrumpe la afluencia de comunicaciones y no se comienza el análisis de la resistencia caracterológica hasta que el flujo de aquéllas y la conducta misma se conviertan inequívocamente en una resistencia. El caso que sigue ejemplificará lo que antecede, pues mostrará una vez más cómo el análisis del carácter conduce por sí solo a los conflictos infantiles más hondamente reprimidos. Seguiremos este análisis más allá de los previamente relatados, a fin de mostrar el desarrollo lógico de la neurosis en las resistencias transferenceales.

Un caso de carácter pasivo-femenino

Anamnesis

Un empleado de banco, de 24 años de edad, acudió al análisis debido a sus estados de angustia; éstos habían comenzado un año atrás, en ocasión de concurrir a una exposición de higiene. Con anterioridad, había sufrido temores *hipocondriacos*: creía tener una tara *hereditaria*, por la cual *enloquecería* y *moriría en un hospicio*. Parecía tener fundamentos racionales para estos temores: el padre había contraído sífilis y gonorrea diez años antes de su matrimonio. También se suponía que el abuelo paterno había sufrido de sífilis. Un tío paterno era muy nervioso y sufría de insomnio. La herencia por la rama materna era aún más seria: el padre de la madre, y uno de sus hermanos, se habían suicidado. Una tía abuela era “mentalmente anormal”. La madre del paciente era una mujer angustiada y nerviosa.

Esta doble “herencia” (sífilis por el lado paterno, suicidio y psicosis por la rama materna) tornaba el caso tanto más interesante cuanto que el psicoanálisis —a diferencia de la psiquiatría ortodoxa— considera la herencia como uno solo de los numerosos factores etiológicos. Como veremos más adelante, la idea del paciente acerca de su dotación hereditaria tenía también una base irracional. Curó a pesar de su herencia y no sufrió recaída alguna durante un período de cinco años en el cual se le siguió viendo a los fines de control.

Esta presentación abarca sólo los primeros siete meses del tratamiento, dedicados al análisis de las resistencias caracterológicas. Los últimos siete meses se relatan sólo en forma muy sumaria pues, desde el punto de vista del análisis del carácter y de la resistencia, poco presentan que pudiera ser de interés. Lo que hemos de exponer aquí es fundamentalmente la introducción del tratamiento, el curso del análisis de la resistencia y la forma en que éste estableció contacto con el material infantil. Seguiremos el hilo de las resistencias y su análisis. En realidad, por supuesto, el análisis no fué tan sencillo como podrá parecerlo aquí.

Los ataques de angustia del paciente iban acompañados de palpitations y parálisis de toda iniciativa. Aun en los intervalos entre ataques, nunca estaba libre de un sentimiento de malestar. Los ataques de angustia se producían a menudo en forma espontánea, pero también eran precipitados por lo que leía en los periódicos sobre enfermedades mentales o suicidios. Durante el año anterior, su capacidad de trabajo había comenzado a decrecer y temía poder ser despedido por falta de eficiencia.

Sufría severas perturbaciones sexuales. Poco antes de la visita a la exposición de higiene, había intentado el coito con una prostituta, con resultados negativos. Dijo que esto no le molestó particularmente. Tenía muy escasos deseos sexuales conscientes: decía no sufrir por su abstinencia sexual. Pocos años antes, había logrado llevar a cabo el acto sexual, aunque sufriendo una eyaculación precoz y sin placer.

Al preguntársele si sus estados de angustia habían tenido precursores, relató que ya de niño era muy aprensivo y, en especial durante la pubertad, había *temido catástrofes mundiales*. Así por ejemplo, sintió gran temor cuando en 1910 se predijo el fin del mundo por la colisión con un cometa; le sorprendió que sus padres pudiesen hablar de ese tema con tanta calma. Este "temor a la catástrofe" se fué mitigando en forma gradual, siendo reemplazado en forma total por el temor a la tara hereditaria. Desde la infancia había sufrido severos estados de angustia, aunque con menor frecuencia.

Aparte de la idea hipocondríaca de la tara hereditaria, los estados de angustia y la debilidad sexual, el paciente no presentaba otros síntomas. La conciencia de la enfermedad se hizo presente en un comienzo sólo con relación a los estados de angustia, el síntoma que más le molestaba. La idea de la tara hereditaria estaba demasiado bien racionalizada y la debilidad sexual producía demasiado poco sufrimiento para aportar alguna penetración en su índole patológica. En términos sintomatológicos, pues, debíamos tratar la forma hipocondríaca de la histeria de angustia, con un núcleo de neurosis actual particularmente acentuado (neurosis estática).

El diagnóstico fué carácter histérico con histeria hipocondríaca de angustia. El diagnóstico de "carácter histérico" se basa en los descubrimientos analíticos relativos a las fijaciones del paciente. En términos fenomenológicos, se trataba de un carácter pasivo-femenino típico: se mostraba siempre excesivamente amable y humilde, se disculpaba por las cosas más insignificantes, al llegar y al marcharse hacía varias reverencias profundas. Además, era *desmañado, tímido y circunstancial*. Al preguntarle por ejemplo si podía cambiar su hora, no se limitaba a contestar afirmativamente, sino que me aseguraba en todos los tonos hallarse a mi disposición, estar de acuerdo con cualquier cambio que yo quisiera hacer, etc. Cuando pedía algo, palmeaba el brazo del analista. Cuando mencioné por primera vez la posibilidad de una desconfianza hacia el análisis, regresó el mismo día, sumamente perturbado, diciendo no poder soportar la idea de que yo le creyese desconfiado; pidió repetidamente que le perdonara en caso de haber dicho algo que pudiese haberme dado tal impresión.

Desarrollo y análisis de la resistencia caracterológica.

El análisis se desarrolló conforme a las resistencias determinadas por este tipo de carácter, tal como sigue:

Después de informarle acerca de la regla fundamental, comenzó a hablar en forma bastante flúida sobre su familia y la tara hereditaria. Aseveró querer por igual a sus dos progenitores, pero respetar más al padre, a quien describió como persona enérgica, de ideas claras. El padre siempre le había *prevenido contra la masturbación y la relación sexual extramarital*. Le había relatado sus propias experiencias, su sífilis, su gonorrea, y le había hablado de algunas relaciones suyas con mujeres, relaciones que habían tenido un triste desenlace; todo esto con la intención de proteger al paciente de experiencias similares. El padre nunca le castigó, pero siempre consiguió de él lo que quería diciéndole: “Yo no te obligo, sólo te aconsejo que...”; esto, sin embargo, dicho en tono de imposición. El paciente definió la relación con el padre como muy buena y a éste como su mejor amigo, en quien depositaba la mayor confianza.

Pronto pasó a una extensa descripción de la relación con su madre. Esta era siempre muy solícita y bondadosa. El paciente también era amable con ella; por otra parte, la dejaba atenderlo hasta en los más mínimos detalles. Ella se ocupaba de la ropa del hijo, le llevaba el desayuno a la cama, se sentaba a su lado hasta que él se dormía, incluso ahora, lo peinaba; en una palabra, el paciente llevaba la vida de un mimado “nene de mamá”.

Al cabo de seis semanas, *estaba próximo a adquirir conciencia del deseo de coito*. Aparte de esto, había adquirido pleno conocimiento de la tierna relación con la madre, la cual conocía en parte aun antes del análisis: a menudo la había echado sobre su cama, a lo cual ella reaccionaba con “ojos brillantes y mejillas ruborosas”. Cuando ella venía en su camisón a desearle buenas noche, él la abrazaba y la apretaba contra su cuerpo. Aunque siempre trataba de destacar la excitación sexual por parte de la madre —sin duda a fin de denunciar menos sus propias intenciones— mencionó varias veces, entre paréntesis por así decirlo, que él mismo había sentido decididamente la excitación sexual.

Un intento muy cauteloso de hacerle comprender el significado real de estas cosas condujo sin embargo a una violenta resistencia: podía asegurarme, dijo, que sentía exactamente lo mismo con otras mujeres. Yo no había hecho este intento para interpretar la fantasía de incesto, sino sólo para ver si estaba en lo cierto al suponer que este directo avance en dirección al amor incestuoso —de importancia histórica— era en verdad una maniobra para apartar la atención de algo mucho más importante *en la actualidad*. El material relativo a la madre era inequívoco; parecía realmente como si el paciente necesitara sólo un paso más para llegar al núcleo de todo. Pero algo trabajaba con empeño contra la interpretación de este material: el contenido de sus comunicaciones difería en forma asombrosa del contenido de sus sueños y de su comportamiento tan excesivamente amable.

Por este motivo, concentré mi atención más y más sobre su conducta y sobre el material onírico. No hubo asociación alguna relacionada con estos sueños. Durante las sesiones, el paciente se expresaba con entusiasmo acerca del análisis y del analista, mientras fuera de ellas le preocupaba mucho su futuro y cavilaba acerca de su tara hereditaria.

El contenido de los sueños era de naturaleza doble: por una parte, presentaban también fantasías de incesto; lo que el paciente no expresaba durante el día lo expresaba en el contenido manifiesto del sueño. Así por ejemplo, en un sueño perseguía a la madre con un cuchillo, o se deslizaba por un agujero frente al cual ella estaba parada. Por otra parte, existía a menudo alguna obscura *historia de crímenes*, la tara hereditaria, un crimen que alguien cometía o *comentarios burlones hechos por alguien*, o *desconfianza* expresada por alguna persona.

Durante las primeras cuatro a seis semanas de análisis, obtuvimos el siguiente material: sus afirmaciones acerca de la relación con la madre, sus estados de angustia y la idea de herencia, su manera de ser, excesivamente afable y sumisa, sus sueños —los que continuaban la fantasía de incesto y los de crimen y desconfianza—, y ciertos indicios de transferencia materna positiva.

Frente a la elección entre interpretar el bien definido material sobre el incesto, o bien insistir en los indicios de desconfianza, preferí lo segundo. Pues no podía haber duda de que existía aquí una *resistencia latente* que por muchas semanas no se hizo manifiesta, pues consistía precisamente en que el paciente presentaba demasiado material y era poco inhibido. Como se demostró con posterioridad, era también la primera resistencia transferencial importante, cuya forma específica estaba determinada por el carácter del paciente. *Este estaba engañando*: ofreciendo todo el material de sus experiencias, terapéuticamente inútil, mediante un comportamiento extremadamente amable, mediante sus sueños numerosos y claramente definidos, mediante su aparente confianza en el analista. Trataba de *complacer* a éste tal como toda su vida había tratado de complacer al padre, y por el mismo motivo: porque *le temía*. De haber sido mi primer caso de esta índole, yo no hubiese podido saber que ese comportamiento era una decisiva y peligrosa resistencia. La experiencia previa con estos casos me había enseñado sin embargo que tales pacientes son incapaces durante meses, e incluso años, de presentar una resistencia manifiesta; y además, que no reaccionan terapéuticamente en lo más mínimo a las interpretaciones que uno les plantea, acuciado por el material tan claro y definido. Se puede decir, por consiguiente, que en estos casos es necesario esperar hasta que haga su aparición la resistencia transferencial; ésta se halla en realidad presente desde el primer momento en una forma plenamente desarrollada, pero típicamente *oculta*.

Resulta claro que el material de incesto heterosexual presentado, no podía ser en verdad material que hubiese irrumpido desde lo profundo. Si se presta atención a la función real del material presentado, uno halla a menudo que los impulsos profundamente reprimidos se usan en modo temporario para esquivar *otros* contenidos, sin que se produzca cambio

alguno en el estado de represión. Resulta evidente en base a este hecho, con todo, que la interpretación directa de tal material es un serio error. Esa interpretación no sólo no produce efectos terapéuticos; más aún, interfiere con la maduración de los respectivos contenidos reprimidos, para su ulterior interpretación. Desde el punto de vista teórico, podría decirse que los contenidos psíquicos aparecen en la conciencia en dos condiciones totalmente distintas: ya sea traídos por los afectos que específicamente les pertenecen, ya traídos por intereses exteriores. En el primer caso, es el resultado de la presión interna de la excitación contenida; en el segundo, tiene lugar al servicio de la defensa. Es la misma diferencia existente entre el amor que fluye libremente y las manifestaciones de amor que sirven para compensar el odio, es decir, el amor reactivo.

En nuestro paciente, el manejo de la resistencia fué por supuesto mucho más difícil que en el caso de las resistencias manifiestas. El significado de la resistencia no podía deducirse de las comunicaciones del paciente, pero podía deducirse de su comportamiento y de los pormenores al parecer incidentales de muchos de sus sueños. En base a éstos era evidente que, por temor a rebelarse contra el padre, había disimulado su despecho y su desconfianza bajo el amor reactivo y había escapado a la angustia mostrándose sumiso y sometido.

La primera interpretación de resistencias se planteó al quinto día, con ocasión del siguiente sueño:

Someto mi letra a la opinión de un grafólogo, quien afirma: "Este hombre pertenece a un hospicio". Mi madre se siente completamente desesperada. Yo quiero suicidarme. Entonces despierto.

Asoció al profesor Freud con el grafólogo. El profesor le había dicho, según agregó, que el análisis curaba con "absoluta certeza" enfermedades como la suya. Llamé su atención sobre la siguiente contradicción: puesto que en el sueño temía verse internado en un hospicio, al parecer no creía que el análisis le ayudaría. No pudo captar esta idea, se negó a aceptar la interpretación y siguió insistiendo en que poseía la más absoluta de las confianzas en el análisis.

Hasta el final del segundo mes, soñó mucho, si bien poco que se hubiese prestado a la interpretación, y continuó hablando de su madre. Le dejé hablar sin urgirle y sin plantear interpretaciones, cuidando todo el tiempo de no dejar pasar indicio alguno de desconfianza. Después de la primera interpretación de resistencias, sin embargo, el paciente disimuló su secreta desconfianza aún más a fondo, hasta que por último produjo el siguiente sueño:

Se ha cometido un delito, posiblemente un asesinato. De alguna manera, y contra mi voluntad, he sido implicado en él. Tengo miedo que lo descubran y me castiguen. Uno de mis compañeros de trabajo, que me impresiona por su coraje y decisión, está allí. Tengo aguda conciencia de su superioridad.

Me limité a destacar el temor a ser descubierto y lo relacioné con la situación analítica, diciéndole que toda su actitud señalaba que estaba ocultando algo. A la noche siguiente tuvo el siguiente sueño confirmatorio:

Se ve a cometer un crimen en nuestro departamento. Es de noche y estoy en la escalera, a oscuras. Sé que *mi padre* está en el departamento. Quiero ir en su ayuda, pero *tengo miedo de caer en manos de los enemigos*. Quiero llamar a la policía. Tengo conmigo un rollo de papel que contiene todos los pormenores del crimen proyectado. Necesito *un disfraz*; si no, *el jefe de la banda*, que ha distribuido muchos espías, me lo impedirá. Me pongo una gran capa y una barba postiza y salgo de la casa, encorvado como un anciano. El jefe de la banda me detiene y ordena a uno de sus hombres que me revise. Encuentra el rollo de papel. Me asalta la idea de que estaré perdido si lee el contenido. *Me comporto en la forma más inocente posible* y le digo que son anotaciones sin significado alguno. El dice que de todas maneras debe echarle un vistazo. Hay un momento de dolorosa tensión; luego, desesperado, busco un arma. Encuentro en mi bolsillo un revólver y hago fuego. El hombre ha desaparecido y de pronto me siento muy fuerte. El jefe de la pandilla se ha transformado en una mujer. Me asalta un deseo muy intenso de poseerla. La tomo en mis brazos y la llevo a la casa. Me embarga un sentimiento de gran placer, y despierto.

Hacia el final del sueño, tenemos ante nosotros todo el tema del incesto, pero en el comienzo figuran inequívocas alusiones al enmascaramiento del paciente en el análisis. Presté atención sólo a estas últimas, pues el paciente debía abandonar su actitud de engaño antes de poder exponer interpretaciones más profundas. Esta vez, sin embargo, fui un paso más allá en la interpretación de la resistencia. Le dije que no sólo desconfiaba del análisis sino que, además, mediante su manera de comportarse, fingía lo exactamente opuesto. Ante esto se mostró sobremedida excitado y durante las seis sesiones siguientes produjo tres actos histéricos distintos:

1. Sacudía brazos y piernas gritando: “¡Déjeme solo, no se me acerque, lo mataré, lo aplastaré!” Este acto a menudo se transformaba en otro:

2. Se agarraba la garganta con ambas manos y gemía con voz quebrada: “¡Por favor, déjeme solo, por favor, nunca más haré nada!”

3. No se comportaba como una persona violentamente atacada, sino como una muchacha víctima de un ataque sexual: “Déjeme solo, déjeme solo”. No lo decía, sin embargo, con la voz quebrada y, si bien durante los actos del segundo tipo recogía las piernas, ahora las abría.

Durante estos seis días estuvo sumido en una resistencia manifiesta y continuó hablando de su tara hereditaria, retornando de cuando en cuando a los actos ya descritos. Por peculiar que parezca, cesados esos arranques seguía hablando con calma, como si nada hubiese sucedido. Sólo comentó: “Algo raro me sucede, Doctor”.

Sin penetrar en el contenido, me limité a decirle que al parecer estaba representando ante mí algo que había experimentado o fantaseado

en su vida anterior. Esta explicación le complació en forma evidente y a partir de entonces su *acting out* fué mucho más frecuente. Mi interpretación de la resistencia había pues removido una parte importante de su inconsciente, que ahora se expresaba bajo la forma de esos actos. Sin embargo, el paciente distaba mucho de comprender estos actos analíticamente por el contrario, los utilizaba en el sentido de su resistencia; creía que me complacería en forma especial si producía esos actos con mucha frecuencia. Con posterioridad, descubrí que en sus ataques nocturnos de angustia se comportaba tal como lo hacía en los actos de tipo segundo y tercero. Si bien yo comprendía el significado de los mismos y podría habérselo comunicado con relación al sueño de asesinato, seguí en forma consecuente el análisis de su resistencia caracterológica, que sus actos habían tornado tanto más inteligible.

El cuadro de la *estratificación de los contenidos de su resistencia caracterológica transferencial* se presentaba en forma evidente tal como sigue:

El primer acto representaba sus impulsos criminales hacia el padre y, en la transferencia, hacia mí (capa más profunda).

El segundo acto contenía el temor al padre debido al impulso criminal (capa intermedia).

El tercero representaba su actitud femenina, oculta y toscamente sexual, la identificación con la mujer (violada) y al mismo tiempo la defensa pasivo-femenina contra los impulsos criminales.

El paciente se sometió, entonces, a fin de que el padre no llevara a la práctica el castigo (castración).

Pero ni siquiera la interpretación de los actos de la capa más superficial era todavía admisible. El paciente podría haber aceptado *en apariencia*: todas y cada una de las interpretaciones, a fin de "complacer" al analista; mas habrían carecido de efecto terapéutico. Pues la real comprensión del material inconsciente presentado hubiese resultado imposible por obra de la *defensa femenina transferida, contra un temor a mí similarmente transferido*. Este temor se debía a su vez a un odio y desconfianza transferidos hacia mí desde el padre. Vale decir, odio, temor y desconfianza se ocultaban tras su actitud sumisa, confiada, tras un muro contra el cual hubiesen rebotado todas las interpretaciones del material inconsciente.

Por este motivo, seguí interpretando sólo su engaño inconsciente, diciéndole que producía sus actos con tanta frecuencia sólo para complacerme. Agregué sin embargo que esos actos eran altamente significativos en sí mismos, pero que no podíamos aproximarnos más a su comprensión hasta que él no hubiese penetrado en el significado de su conducta. Sus objeciones a la interpretación de la resistencia fueron menores, pero todavía no podía estar de acuerdo conmigo. La noche siguiente, con todo, soñó por primera vez *abiertamente* con su desconfianza al análisis:

Insatisfecho debido al fracaso de mi análisis hasta ahora, consulto al Profesor Freud. Como medio de curar mi enfermedad, me da una larga varilla en forma de espátula. Me siento satisfecho.

En el análisis de este sueño, el paciente admitió por primera vez haber abrigado cierta desconfianza acerca del pronóstico optimista del Profesor y que, al acudir a mí, le había sorprendido en forma desagradable encontrar un hombre tan joven. Le dije que por mi parte, me habían llamado la atención dos cosas: primero, me decía eso por segunda vez a fin de agradarme; segundo, estaba suprimiendo algo. Poco más tarde descubrí que me había engañado en la cuestión de los honorarios.

Durante este trabajo consecuente con su resistencia caracterológica, con su engaño a través de la obediencia y la sumisión, afluyó un material cada vez más abundante, perteneciente a diferentes períodos de su vida, vinculado con su relación infantil con la madre, sus relaciones con hombres jóvenes, el placer que de niño experimentara al estar enfermo, etc. Nada de todo esto fué interpretado, salvo lo que tenía una conexión inmediata con la resistencia caracterológica.

Los sueños sobre su desconfianza y su oculta actitud de escarnio se hicieron más frecuentes. Pocas semanas más tarde, por ejemplo, tuvo el siguiente sueño:

Mi padre comenta que nunca sueña. Le digo que eso no es cierto, que evidentemente olvida sus sueños porque consisten en gran parte de deseos prohibidos. *Se ríe con sorna*. Me excito, diciéndole que ésa es la teoría nada menos que de un hombre de la talla del Profesor Freud. Pero mientras lo digo me siento algo preocupado.

Le hice ver que permitía al padre reírse de esa manera porque él mismo no osaba hacerlo y le señalé la preocupación existente en el sueño, que interpreté como indicio de una conciencia intranquila.

El paciente aceptó esta interpretación y durante los diez días que siguieron se discutió la cuestión de los honorarios. Resultó que en la entrevista inicial me había mentado conscientemente "a fin de protegerse", esto es, porque no confiaba en mi honestidad. En esa ocasión, sin preguntárselo, mencionó la cantidad de dinero de que disponía, menor de la que poseía realmente. Como de costumbre, yo le había informado de mis honorarios promedio y del mínimo. Sobre la base de sus aseveraciones, le acepté la tarifa mínima. Estaba en perfectas condiciones de pagar más; no sólo porque contaba con mayores ahorros y un salario mejor de lo que había declarado, sino también porque el padre costeara la mitad de los gastos de su análisis.

La reducción del material actual al nivel infantil.

Durante la discusión del "asunto monetario", siempre en relación con su resistencia caracterológica, su secreto temor y desconfianza, cometió una vez un acto fallido oral diciendo: "Siempre había deseado que el dinero que tengo en el banco aumentara constantemente de tamaño" en lugar de decir "cantidad". Con eso, traicionó la relación

entre dinero y pene, *el temor a perder el dinero y el temor a perder el pene*. No interpreté el *lapsus* pues no deseaba interpretar demasiado temprano la angustia de castración como tal; sólo observé que su tendencia a economizar debía encadenarse de alguna manera con su temor a la catástrofe, y que al parecer se sentía más seguro cuando tenía más dinero. Lo aceptó con verdadera comprensión y aportó asociaciones de la infancia que lo confirmaron: desde muy temprana edad había comenzado a ahorrar centavos. Nunca había perdonado al padre por haberse apoderado una vez de sus ahorros sin pedirle permiso, y haberlos gastado. *Por primera vez pronunciaba espontáneamente un reproche contra su padre*; este reproche se refería conscientemente al dinero e inconscientemente, como es lógico, al peligro de castración. A este respecto, dije que al suprimir la sexualidad del paciente tal como lo hiciera, el padre había obrado con las mejores intenciones, pero poco sabiamente. El paciente admitió que a menudo había pensado lo mismo, pero sin osar nunca contradecir al padre quien, según creía, obraba sólo con miras al mejor interés del hijo. Era aún demasiado temprano para decirle que su aquiescencia se basaba en un profundo sentimiento de culpa y en el temor al padre.

A partir de ese momento el análisis de la resistencia transferencial prosiguió paralelamente al análisis de la oculta actitud negativa hacia el padre. Cada uno de los aspectos de la situación transferencial se relacionó con el padre y fué comprendido por el paciente quien, al mismo tiempo, produjo abundante material acerca de su real actitud hacia aquél. Ciertamente, todas sus producciones eran todavía marcadamente censuradas, no eran aún accesibles a la interpretación profunda, pero el análisis de su infancia se comenzó en forma correcta. Ya no aportó el material como un cerco, a fin de esquivar otras cosas; en cambio, como resultado del análisis de la defensa caracterológica, lo hizo en la creciente convicción de que su relación con el padre no había sido lo que él creía, y que había ejercido una influencia perjudicial sobre su desarrollo.

Cada vez que el paciente se aproximaba a la fantasía de asesinato, su angustia se incrementaba. Los sueños se hicieron más breves y menos frecuentes, pero más claros, y su relación con la situación analítica, más estrecha. Ya no apareció el material previamente utilizado como cerco. Todo lo demás, su fantasía de ser mujer y su deseo de incesto, tenía una estrecha conexión con su complejo paterno. En el transcurso de las seis semanas siguientes, aparecieron por primera vez y sin disfraz alguno sueños de castración, sin que hubiese de mi parte interpretación o sugestión correspondientes.

1. Estoy en medio de una multitud en el Prater, de pie frente a un kiosco de mi antigua escuela se sienta sobre mí. Lucho con él y me ubico encima, pero consigue liberar una mano y *me amenaza el pene*.

2. Mi hermano mayor entra a nuestro departamento trepando por una ventana. Dice a alguien que le traiga una espada porque *quiere matarme. Pero me adelanto y le mato primero*.

Vemos, entonces, cómo el conflicto básico con el padre se despliega con más y más claridad, sin esfuerzo específico alguno de mi parte, simplemente como resultado del correcto análisis de la resistencia.

En esta fase, hubo repetidos bloqueos y manifestaciones definidas de desconfianza hacia el análisis. La resistencia se relacionaba ahora con la cuestión de los honorarios: el paciente desconfiaba de mi honestidad. Las dudas y la desconfianza aparecían siempre que se aproximaba al odio hacia el padre, al complejo de castración y a la fantasía de asesinato. Las resistencias estaban a veces enmascaradas por el sometimiento femenino, pero ahora ya no era difícil penetrar tras esta máscara.

El análisis continuó después de un período de vacaciones de unas cinco semanas. El paciente, que no había tomado vacaciones, vivió durante ese tiempo con un amigo, pues sus padres estaban fuera de la ciudad y tenía miedo de vivir solo. Sus estados de angustia no se mitigaron; por el contrario, se hicieron más intensos después de mi partida. A este respecto, me dijo que de niño siempre le asaltaba el miedo cuando la madre partía, que siempre quería tenerla cerca, y se encolerizaba con el padre cuando éste la llevaba a un concierto o al teatro.

Resultaba pues bastante claro que además de su transferencia paterna negativa, el paciente había desarrollado una marcada y tierna transferencia materna. Esta existía desde el comienzo, juntamente con la actitud reactiva pasiva-femenina; comparando el período de vacaciones con los meses anteriores, el paciente afirmó haberse sentido muy seguro conmigo. Descubrió por sí solo que conmigo se sentía tan a salvo y tan seguro como con su madre. No me detuve ante esto pues la transferencia del cariño hacia la madre no constituía por el momento obstáculo alguno; por otra parte, era demasiado temprano para analizarla y, como resultado de la interrupción, la transferencia pasivo-femenina hacia el padre volvió a ser tan acentuada como antes. El enfermo volvió a hablar en tono humilde y sumiso, tal como lo hiciera en los comienzos del análisis, y principalmente acerca de su relación con la madre.

Al tercer y cuarto día de reiniciar el análisis, el paciente tuvo dos sueños en torno al *deseo de incesto, a su actitud infantil hacia la madre, y a la fantasía del útero materno*. En relación con estos sueños, recordó escenas vividas en el baño con la madre. Esta le había bañado hasta cumplidos los 12 años, y nunca pudo el paciente comprender por qué esto era motivo de burla entre sus amigos. Luego recordó su temor infantil a los criminales que podrían irrumpir en el departamento y matarlo. En otras palabras, el análisis revivía ya la histeria de angustia infantil, sin que se hubieran planteado las correspondientes interpretaciones o sugerencias. Se evitó un análisis profundo de estos sueños porque toda la actitud del paciente era una vez más de engaño. Un sueño de la noche siguiente fué aún más explícito:

1. Hago una excursión a pie por el Arnbrechtthal, donde pasaba mis vacaciones cuando tenía cinco o seis años, con intención de revivir impresiones de niñez. De pronto, llego a un lugar de donde es imposible salir si no a través de un

castillo. El portero abre la puerta y dice que no puedo visitar el castillo en ese momento. Le digo que no era tal mi intención; simplemente quería llegar a un lugar abierto, atravesando el castillo. Aparece la propietaria, una anciana dama que trata de conquistarme con sus coqueterías. Quiero retirarme, pero de pronto advierto que he olvidado mi llave (la que sirve para abrir mis baúles y por lo demás parece tener gran importancia para mí) en la caja privada de la castellana. Me asalta un sentimiento de incomodidad que desaparece cuando se abre la caja y me devuelven la llave.

2. Mi madre me llama desde el piso alto. Tomo un periódico, lo arrollo en forma de pene y voy hacia ella.

3. Estoy en una gran habitación con mi prima y su madre. Mi prima, cuyo aspecto me atrae, viste sólo una camisa, igual que yo. La abrazo. De pronto descubro que soy mucho más pequeño que ella, pues mi pene se encuentra a la altura de la mitad de sus muslos, entre sus rodillas y su genital. Tengo una eyaculación y me siento muy incómodo porque podrían aparecer en mi camisa manchas que me delatarían.

El mismo paciente reconoció en la prima a su propia madre. En conexión con la desnudez, mencionó que nunca se quitaba las ropas en ocasión de sus intentos de coito, que tenía algún vago temor de hacerlo.

En este sueño se expresan con mucha claridad el incesto (en las partes 2 y 3) y la angustia de castración (parte 1). ¿Por qué era tan poco lo censurado por el paciente? En vista de sus evidentes maniobras de engaño, evité las interpretaciones o los intentos de obtener nuevas asociaciones. Primero quería que el tema se desarrollara por sí solo algo más; lo que es más importante aún, no debía discutírsele *antes de que la siguiente resistencia transferencial se hubiese puesto de manifiesto y hubiese sido eliminada*.

No tardó mucho en llegar esa resistencia. Lo hizo vinculada con un comentario sobre la segunda parte del sueño, que yo dejé escapar contra mi mejor conocimiento. Llamé la atención del paciente sobre el hecho de que ya en una ocasión anterior había soñado con un pene de papel. Esta observación era innecesaria y el paciente reaccionó —a pesar del contenido manifiesto del sueño, claramente definido— con una de sus típicas resistencias: “Sí, seguramente, pero...” Esa noche tuvo un violento ataque de angustia y dos sueños. Uno se refería a su “resistencia monetaria” (angustia de castración transferida); el otro trajo a luz, *por primera vez, la escena primaria* que, en última instancia, motivaba aquella resistencia.

1. Estoy en medio de una multitud en el Prater, de pie frente a un kiosco de diversiones. De pronto advierto que un hombre parado detrás de mí trata de robarme la cartera del bolsillo trasero del pantalón. Llevo la mano al bolsillo y a último momento puedo impedir el robo.

2. Estoy en el último vagón de un tren, en la región sureña del Wörthersee. En una curva, advierto de pronto que por la única vía viene hacia nosotros otro tren. La catástrofe parece inevitable: para salvarme, salto fuera del tren.

Esto demostró que yo había hecho bien al no interpretar sus sueños de incesto, pues se interponía una marcada resistencia latente. También vemos que el sueño de resistencia guardaba estrecha relación con su angustia infantil (temor a la castración - temor a la escena primaria). Entre los tres y los seis años, el paciente solía pasar sus vacaciones de verano en el Wörthersee.

Nada asoció con su sueño. Relacionando conmigo al hombre del primer sueño, volví a aludir a toda su actitud, a su secreto temor por mí y su escondida desconfianza en cuanto al dinero sin mencionar, por el momento, la relación con el miedo a las catástrofes. En el segundo sueño, sólo destacué la "inevitable catástrofe" y le recordé que, para él, dinero significaba protección contra los cataclismos y temía que yo pudiese despojarle de esa protección.

El paciente no estuvo del todo de acuerdo, pareciendo horrorizado ante la idea de ver en mí a un ladrón; pero tampoco rechazó del todo la interpretación. En los días siguientes produjo sueños en los cuales me aseguraba su adhesión y su confianza; yo aparecía también como su madre. Además, había un nuevo elemento: *la madre como un hombre*. Aparecía como un japonés. No comprendimos esto hasta pasados muchos meses, cuando se esclareció la significación de sus fantasías infantiles acerca de la guerra rusojaponesa. El ruso era el padre; el japonés —debido a su pequeñez—, la madre. Además, ésta había usado en esa época pijamas japoneses: la madre con pantalones. En repetidas ocasiones, el enfermo cometió un *lapsus*, refiriéndose al "pene de mi madre". El "compañero de escuela" de muchos sueños representaba también a la prima, la cual se parecía a su vez a la madre.

Los bien definidos sueños de incesto habían sido sueños de resistencia: ocultaban su temor a la mujer, a la mujer con pene.

A partir de ese momento, y durante unas seis semanas, el análisis tomó un curso peculiarmente zigzagueante: sueños y comunicaciones relativas a su resistencia en el campo del dinero, se alternaron con otros sobre su deseo hacia la madre, sobre la madre como hombre, el padre peligroso y la angustia de castración en sus diversas formas. En el trabajo de interpretación, tomé siempre la resistencia en el campo del dinero (= angustia de castración) como punto de partida, y ahondé desde allí, día tras día, el análisis de la situación infantil. Esto no era difícil pues *el material infantil guardaba siempre la más estrecha relación con la situación transferencial*. No todos los temores infantiles y deseos que surgieron ahora, sin embargo, aparecían también en la transferencia; por el contrario, ésta giraba completamente alrededor de la angustia de castración, que se aguzaba más y más. Sólo el núcleo central de la situación infantil había aparecido en la resistencia transferencial. Como yo estaba seguro de que el análisis proseguía en buen orden, pude postergar las interpretaciones profundas hasta el momento apropiado; me limité a trabajar en forma consecuente sobre el temor a mí, relacionándolo siempre con el temor al padre.

Lo que yo trataba de hacer era penetrar hasta las fantasías infantiles de incesto eliminando del modo más completo factible la resistencia

paterna transferida, a fin de obtener aquéllas tan libres de resistencias como fuese posible. Esto salvaría el peligro de desperdiciar las interpretaciones más importantes. Así pues, no interpreté todavía el material de incesto que acudía a primer plano cada vez con mayor claridad y consecuencia.

A manera de esquema, la estratificación tópica de la resistencia y del material al comenzar esta fase, era la siguiente:

1. El primer plano lo ocupaba su angustia de castración, bajo la forma de su resistencia en el campo monetario.

2. El paciente trataba continuamente de esquivar esto mediante una actitud femenina hacia mí; sin embargo, esta actitud daba mucho menos resultado que al comienzo.

3. La actitud femenina encubría una actitud sádico-agresiva hacia mí (es decir, el padre) y estaba acompañada por

4. Una ligazón tierna y profunda con la madre, la cual también se había transferido hacia mí.

5. Con estas actitudes ambivalentes, centradas en la resistencia transferencial, se relacionaban los deseos de incesto aparecidos en los sueños, la angustia de masturbación, su anhelo por el útero materno y el violento temor provocado por la escena primaria. De todo esto, nada había sido interpretado, salvo su disimulo y los motivos del mismo, y el temor y odio hacia el padre.

Durante el quinto mes del análisis, el paciente tuvo su primer sueño de angustia de masturbación e incesto:

Estoy en una habitación. Una mujer joven de cara redonda está sentada al piano. Sólo puedo ver la parte superior de su cuerpo; el resto queda oculto por el instrumento. Oigo junto a mí la voz del analista: "Ve usted, ésa es la causa de su neurosis". Me siento más cerca de la mujer, pero de pronto me embarga el terror y me echo a gritar a todo pulmón.

El día anterior, en el transcurso de la interpretación de un sueño, yo le había dicho: "Ve usted, ésta es una de las causas de su neurosis". Había estado refiriéndome a su actitud infantil, a su deseo de ser querido y de ser cuidado. Como si el paciente hubiese conocido la verdadera causa de su neurosis, relacionó esta observación con su reprimida *angustia masturbatoria*. El tema de la masturbación volvió a aparecer vinculado con el motivo del incesto. Despertó con angustia. El hecho de que la parte inferior del cuerpo de la mujer del sueño no fuese visible, expresaba su temor al genital femenino. No obstante, dejé el tema de lado, pues el paciente no se encontraba todavía en la cúspide de su resistencia, y no produjo asociaciones con el sueño.

Luego, el paciente tuvo un sueño en el cual "una familia desnuda", formada por padre, madre e hijo, era envuelta por una gigantesca serpiente. Otro sueño fué el siguiente:

1. Estoy acostado en la cama, el analista sentado junto a mí. El dice: "Ahora voy a mostrarle la causa de su neurosis". Grito de terror, pero hay también una

sensación placentera y casi me desvanezco. El analista sigue diciendo que va a analizarme en nuestro cuarto de baño. Esta idea me parece agradable. Cuando abrimos la puerta del baño, el interior está a oscuras.

2. Camino por el bosque con mi madre. Advierto que nos sigue un ladrón. Advierto un revólver en el vestido de mi madre y lo tomo a fin de disparar contra el ladrón. Caminando de prisa, llegamos a una posada. Mientras subimos la escalera, el ladrón nos pisa los talones. Le disparo un tiro. La bala, sin embargo, *se transforma en un billete de banco*. Por el momento, estamos a salvo, pero quizá el ladrón, sentado en la antecámara, esté todavía planeando algo. *Para ganar su buena voluntad, le doy otro billete*.

Que yo estaba en lo cierto al no interpretar estos sueños —por definidos y claros que fuesen— quedaba demostrado en que el paciente, además de no tener asociación alguna, no se refería con una palabra a la persona del ladrón. En lugar de ello, guardaba silencio o hablaba con excitación de “todo el dinero” que debía pagar y expresaba sus dudas en cuanto a que el análisis lo ayudara.

A no dudar, esta resistencia se dirigía también contra una posible discusión del material relativo al incesto. Pero tal interpretación no hubiese hecho ningún bien; debíamos esperar la oportunidad adecuada para interpretar su angustia de dinero como angustia de castración.

En la primera parte del “sueño del ladrón”, el análisis va a tener lugar en el cuarto de baño. Más tarde descubrimos que al masturbarse, el lugar en el que más a salvo se sentía el paciente, había sido el baño. En la segunda parte del sueño, yo (el padre) aparezco como ladrón (= castrador). *Su resistencia actual (desconfianza en cuestiones monetarias) presentaba pues la más estrecha de las relaciones con su antigua angustia de masturbación (angustia de castración)*.

Con referencia a la segunda parte del sueño, le dije que temía un posible daño de mi parte, pero que este temor se refería en realidad a su padre. Después de cierta vacilación, aceptó la interpretación y comenzó espontáneamente a hablar de su exagerada amabilidad. Reconocía que esa amabilidad hacia sus superiores era la expresión de un vago temor de poder cometer algún error; también debía evitar que observaran que él los ridiculizaba en secreto. En la medida en que adoptó una visión objetiva de su carácter y comenzó a conocer sus pormenores, el paciente se mostró más libre, más franco y más abierto, tanto en el análisis como fuera de él. Se atrevió a expresar críticas y comenzó a avergonzarse de su comportamiento anterior. *Por primera vez, el carácter neurótico se convirtió en un síntoma análogo a un cuerpo extraño*. Con ello, el análisis del carácter había logrado su primer éxito: el carácter comenzaba a ser analizado.

La resistencia vinculada con el dinero continuaba y en los sueños, en conexión con la escena primaria, el temor por su pene ocupaba cada vez un lugar de mayor preponderancia; y *ello sin la menor ayuda de mi parte*.

Este hecho merece un subrayado especial. Con el análisis sistemático y consecuente de la resistencia caracterológica, no necesitamos recurrir

a esfuerzo alguno para obtener el material infantil. Este fluye espontáneamente, con claridad cada vez mayor y manteniendo estrecha relación con la resistencia actual —a condición, por supuesto, de no haber perturbado este proceso mediante interpretaciones prematuras del material infantil. Cuanto menos uno trata de penetrar en la infancia, cuanto más correctamente trabaja sobre la resistencia, tanto más rápido llega a aquélla.

Esto volvió a ejemplificarse después de la interpretación de que el paciente temía ser objeto de algún daño. La noche siguiente, soñó que pasaba por un gallinero y veía un pollo muerto. Una mujer estaba tendida en el suelo y otra le clavaba repetidamente una gran horquilla en el cuerpo. Luego, el paciente abrazaba a una muchacha; su pene quedaba *a mitad de camino entre las rodillas y el genital de la muchacha*, y tenía una eyaculación.

Como la resistencia monetaria se había mitigado en cierta medida, se hizo un intento de interpretar el sueño. Con el gallinero, el paciente asoció que de niño, durante un verano en la campiña, a menudo había observado a los animales en el acto sexual. En esa época del tratamiento, no teníamos todavía idea de la importancia de este pormenor, “el verano en la campiña”. En la primera mujer, reconoció a su madre sin poder, nó obstante, explicar la posición en que se encontraba. Sólo tuvo algo más que decir acerca del incidente de eyaculación. **En él aparecía como un niño; recordaba que solía apretarse contra las mujeres hasta tener una eyaculación.**

Parecía una buena señal que el paciente, a pesar del material des-embosado, no ofreciera interpretación alguna. Si yo hubiese interpretado símbolos o contenidos inconscientes importantes *antes* del análisis de sus resistencias, el paciente habría aceptado de inmediato las interpretaciones, por razones de resistencia, y hubiéramos pasado de una situación caótica a otra.

Mi interpretación del temor al daño había puesto en movimiento el análisis de su carácter. Durante días faltó la resistencia vinculada con el dinero; el paciente discutió constantemente su comportamiento infantil y aportó ejemplo tras ejemplo de situaciones en las cuales había obrado “con cobardía” y “con socarronería”, modos de conducta que ahora condenaba honestamente. Traté de convencerle de que esa conducta había sido en gran medida resultado de la influencia paterna. Este intento, sin embargo, provocó la más violenta resistencia. *Todavía no osaba reprochar a su padre.*

Al cabo de un prolongado intervalo, volvió a soñar con el tema tras el cual yo sospechaba la existencia de la escena primaria:

Estoy en la playa. Algunos osos polares hacen piruetas en el agua. De pronto muestran signos de ansiedad y veo surgir del agua el lomo de un enorme pez. Este persigue a un oso y le hiere a terribles dentelladas. Por último lo abandona, mortalmente herido. Sin embargo, también el pez está herido y seriamente; un chorro de sangre salta con fuerza de sus agallas.

Le señalé que sus sueños eran de índole cruel. Durante varias sesiones relató sus fantasías de masturbación y varios actos de crueldad a los cuales solía entregarse antes de la pubertad. La mayor parte de estos actos estaban determinados por el "concepto sádico del acto sexual". Después del análisis, le pedí que los pusiera por escrito:

3 a 5 años: Durante las vacaciones de verano, presencio por casualidad la matanza de cerdos. Oigo el gruñir de los animales y veo brotar la sangre. Siento un hondo placer.

4 a 6 años: La idea de la matanza de animales, en especial de caballos, me llena de placer.

5 a 11 años: Me gusta jugar con soldados de plomo. Dispongo batallas en las que siempre se produce lucha cuerpo a cuerpo. Aprieto los cuerpos de los soldados unos contra otros; los favoritos derriban a los otros.

6 a 12 años: Acercó dos hormigas de manera que se tomen por las pinzas. Mordiéndose una a la otra, pelean por sus vidas. Desparramo azúcar entre dos colonias de hormigas y entonces los dos grupos se empeñan en verdaderas batallas. También encuentro placer en poner una avispa y una mosca juntas en un vaso boca abajo; al cabo de cierto tiempo, la avispa ataca a la mosca y le arranca las alas, las patas y la cabeza.

12 a 14 años: Tengo un *terrarium* y me gusta observar a los animales en el acto sexual. También lo observo en el gallinero, donde ahora veo cómo los gallos más fuertes persiguen y ahuyentan a los más débiles.

8 a 16 años: Me gusta luchar con las mucamas. En años posteriores, solía levantarlas en brazos, llevarlas hasta una cama y arrojarlas encima.

5 a 12 años: Me gusta jugar con ferrocarriles, haciendo correr los trenes por todo el departamento, haciendo túneles con cajas, sillas, etc. También trato de imitar el ruido de la locomotora.

15 años, *fantasías masturbatorias*: Por lo común, soy sólo un *espectador*. La mujer trata de rechazar al hombre, *quien por lo general es considerablemente más pequeño que ella*. Después de una larga lucha, la mujer es *vencida*. El hombre le aprieta brutalmente por los pechos, la ingle o los muslos. *Nunca pienso en un genital masculino o femenino y nunca en el acto sexual en sí mismo*. En el momento en que la mujer cesa su resistencia, tengo un orgasmo.

En ese momento, la situación era la siguiente: el paciente se sentía avergonzado de su cobardía y recordaba el sadismo de su pasado. El análisis de las fantasías y acciones que acaban de resumirse duró hasta el final del tratamiento. Le hizo ser mucho más libre en el análisis y más valiente y agresivo en general, pero por el momento subsistía todavía en su comportamiento una nota aprensiva. Sus estados de angustia eran menos frecuentes, pero se repetían una y otra vez vinculados con la resistencia en el campo monetario.

Volvemos a ver aquí que la producción del material de incesto genital servía principalmente para encubrir su sadismo infantil, si bien —por supuesto— era al mismo tiempo un intento de progresar hacia una catexis genital objetal. Su esfuerzo genital, con todo, estaba entremezclado con anhelos sádicos; la tarea terapéutica consistía por consiguiente en hacer cristalizar esos esfuerzos partiendo de la mezcla.

Al comenzar el sexto mes de análisis, apareció la primera oportunidad de interpretar *el temor por su pene*, con ocasión de los siguientes sueños:

1. Estoy acostado en un sofá, en un campo abierto, durante una vacación de verano. Una muchacha que conozco se acerca y se acuesta sobre mí. La coloco debajo y trato de tener relaciones sexuales con ella. Aunque obtengo la erección observo que *mi pene es demasiado corto* para poder completar el acto. Esto me entristece sobremedida.

2. Leo una obra teatral. Los personajes son tres japoneses: padre, madre y un hijo de cuatro años. Siento que la obra llegará a un *final trágico*. Lo que más me conmueve es *el destino del niño*.

Por primera vez aparecía en el contenido onírico manifiesto un intento de coito. La segunda parte, en la cual se aludía a la escena primaria (edad: 4 años) no se analizó en ese momento. En una ininterrumpida discusión de su cobardía y aprensividad, el mismo paciente llegó a hablar de su pene. Ahora le dije que su temor a ser dañado o engañado se relacionaba realmente con su genital. No se discutió todavía la cuestión de por qué y a quién temía, y tampoco se interpretó el verdadero significado del temor. La interpretación le pareció plausible, pero ahora desarrolló una resistencia que duró seis semanas, basada en una *defensa pasivo-femenina, homosexual, contra la angustia de castración*.

Que el paciente se hallaba en una fase de resistencia pudo apreciarse por los siguientes indicios: no se rebelaba abiertamente ni expresaba duda alguna; en cambio, se mostraba otra vez exageradamente cortés, afable y sumiso. Sus sueños, que en el curso del análisis de la resistencia se habían hecho menos frecuentes, más breves y más claros, volvieron a ser largos y confusos. Sus estados de angustia eran tan repetidos e intensos como siempre; pese a ello, no expresó desconfianza alguna del análisis. También volvió a aparecer la idea de la tara hereditaria; aquí halló expresión disimulada su duda acerca del resultado del análisis. Tal como al iniciarse el tratamiento, comenzó a obrar como una mujer a quien están violando. También en sus sueños predominaba la actitud pasivo-femenina. Ya no soñaba con el coito o la eyaculación. Vemos entonces cómo —a pesar de que el análisis de su carácter había progresado sobremedida— la antigua resistencia caracterológica reaparecía en la plenitud de sus fuerzas cuando sometíamos al análisis un nuevo estrato del inconsciente. Este estrato era el más decisivo para su carácter: la angustia de castración.

En consecuencia, el tema del análisis de la resistencia no fué la angustia de castración que había provocado aquélla, sino nuevamente la totalidad de la conducta del paciente. Durante seis semanas enteras casi nada se hizo, salvo la exclusiva interpretación de su conducta como protección contra el peligro. Cada uno de los pormenores de su comportamiento se examinó bajo esta luz y se llamó la atención del paciente hacia él; con esto fuimos progresando gradualmente hacia el núcleo central de su conducta, el temor por su pene.

El paciente seguía tratando de esquivarme “ofrendándome” material infantil, pero se le iba interpretando constantemente el significado de ese

comportamiento. Poco a poco, comenzó a comprender que también ante mí se sentía como una mujer y lo dijo con todas las palabras, agregando que sentía excitación sexual en el perineo. Le expliqué este fenómeno transferencial: él vivía mis intentos de explicar su conducta como reproches, *se sentía culpable y trataba de expiar su culpa mediante el sometimiento femenino*. Por el momento, no hice alusión alguna al significado más profundo de esta conducta —identificación con la madre debido al temor de ser un hombre (el padre)—. Luego el paciente produjo, entre otras cosas, el siguiente sueño confirmatorio:

Estoy en el Prater y entro en conversación con un joven. Al parecer, éste entiendo mal uno de mis comentarios y dice estar dispuesto a entregármese. Entre tanto, hemos llegado a nuestro departamento y el joven se acuesta en la cama de mi padre. Su ropa interior parece sucia.

Al analizar este sueño, otra vez pude reducir la transferencia femenina al padre. Ahora el paciente recordó, por primera vez, que en sus fantasías masturbatorias solía imaginarse como una mujer. La ropa interior sucia condujo al análisis de sus actividades y hábitos anales (ceremoniales de cuarto de baño). Otro rasgo de carácter, su minuciosidad, se aclaró aquí.

Al resolver la resistencia, no sólo se había discutido su forma antigua, sino también su base anal, erógena. Le expliqué la vinculación existente entre su conducta sometida y la fantasía de ser una mujer: su comportamiento era femenino, es decir, exageradamente amable, sumiso y confiado, porque él temía ser un hombre. Agregué que deberíamos descubrir por qué motivo temía ser un hombre, es decir —según él lo entendía— ser una persona valiente, abierta y honesta, en lugar de arrastrarse. Casi como respuesta a esta pregunta, produjo un sueño en el cual volvían a destacarse la angustia de castración y la escena primaria:

Estoy en casa de mi prima, una mujer joven y bonita [la madre, W. R.]. De pronto, experimento la sensación de ser *mi propio abuelo*. Eso me deprime terriblemente. Al mismo tiempo, siento de alguna manera que *soy el centro de un sistema planetario* y que a mi alrededor giran planetas. Simultáneamente, suprimo —todavía en el sueño— mi angustia y me siento incomodado por mi debilidad.

El pormenor más importante de este sueño de incesto es el hecho de ser su propio abuelo. No cabía duda de que aquí desempeñaba un papel de importancia el temor a una tara hereditaria. También resultaba claro que el paciente fantaseaba con crearse a sí mismo, en identificación con el padre, es decir, de tener relaciones sexuales con la madre; esto, sin embargo, no se discutió en esa oportunidad.

En cuanto al sistema planetario, dijo, se refería a su egotismo: “todo giraba a mi alrededor”. Sospeché una significación adicional más profunda, a saber, la escena primaria mas no la mencioné. Durante algunos días, el paciente habló casi exclusivamente de su egotismo, de su deseo de ser un niño a quien todos quisieran, y comprendió que no quería amar

ni era capaz de hacerlo. Le hice ver la relación entre su egotismo y su temor por su amada persona y su pene.⁶ Sus sueños siguientes trajeron a la superficie el trasfondo infantil:

1. Estoy desnudo y me miro el pene, que sangra en la punta. Dos muchachas se alejan y me siento triste pues supongo que *me despreciarán debido a la pequeñez de mi pene.*

2. Fumo un cigarrillo con boquilla. La retiro de mi boca y noto con gran sorpresa que se trata de una boquilla para cigarros. Cuando llevo el cigarrillo de vuelta a mis labios, *la punta de la boquilla se rompe y se desprende.* Tengo una sensación poco placentera.

Así, sin hacer nada de mi parte, la idea de castración comenzó a tomar formas definidas. El paciente interpretó ahora los sueños sin mi ayuda y aportó abundante material relacionado con su temor al genital femenino y a tocarse el pene, o a que alguna otra persona se lo tocara. En el segundo sueño surge evidente una idea oral (la boquilla). Le llamó la atención el hecho de que en las mujeres deseaba todo *excepto* el genital; pero lo que más deseaba eran los pechos. Al llegar a este punto, comenzó a hablar de la fijación oral en su madre.

Le dije que no era suficiente conocer su temor al genital; que debíamos descubrir por qué tenía tal temor. Como respuesta, volvió a soñar con la escena primaria, sin el menor indicio de que hubiese considerado mi pregunta:

Estoy detrás del último vagón de un tren detenido, en un desvío. Pasa un segundo tren y yo *quedo atrapado entre los dos.*

Antes de continuar con el relato del análisis, debo mencionar que durante el séptimo mes de tratamiento, después de resuelta su resistencia pasiva-homosexual, el paciente hizo un valiente movimiento en dirección a la mujer. Esto tuvo lugar sin mi conocimiento; lo mencionó con posterioridad, más o menos al pasar. Conoció una muchacha en el parque y su modo de actividad sexual fué el siguiente: se apretaba contra la muchacha, tenía una intensa erección y una eyaculación. Los estados de angustia disminuían gradualmente. No se le ocurría tener relaciones sexuales completas. Al llamar su atención sobre esto, le dije que al parecer tenía miedo a la relación sexual. No lo admitió, usando la falta de oportunidad como excusa, hasta que por último cayó en la cuenta de la modalidad infantil de su actividad sexual. Había aparecido en muchos de sus sueños y ahora recordó que de niño solía apretarse de la misma manera contra la madre.

⁶ Tomado en su contexto total, esto debiera hacer ver a algunos psicólogos adlerianos por qué los psicoanalistas no podemos aceptar el sentimiento de inferioridad como factor último: porque el problema verdadero, y el verdadero trabajo, comienzan precisamente allí donde para Alfred Adler finalizan.

El tema de su amor incestuoso con el cual —engañosamente— había comenzado el análisis, volvió a aparecer; esta vez, sin embargo, con escasa resistencia, por cierto sin el motivo oculto previo. Así, el análisis de sus actitudes tuvo lugar correspondiendo a sus experiencias.

El paciente rechazó una y otra vez la interpretación de que realmente había deseado a su madre. El material producido en el curso de siete meses y relacionado con tal deseo era tan claro y las vinculaciones, como él mismo lo admitió, tan evidentes, que no traté de convencerle; en cambio, comencé a investigar por qué temía admitir el hecho.

Esta cuestión había sido discutida en conjunción con su temor por el pene; así pues, había dos problemas por resolver:

1. ¿Cuál era el origen de su angustia de castración?
2. ¿Por qué, a pesar de su asentimiento consciente, no aceptaba el hecho del amor sexual incestuoso?

El análisis progresó ahora con rapidez en dirección a la escena primitiva. Sirvió de introducción a esta fase el sueño siguiente:

Estoy en el vestíbulo de un castillo donde están reunidos el rey y su séquito. *Me burlo del rey.* Su gente se abalanza sobre mí. Me derriban y siento que me infligen heridas mortales. Arrastran afuera mi cadáver. De pronto, siento que todavía vivo, *pero me mantengo muy quieto a fin de hacer creer a los sepultureros que estoy muerto.* Me cubren con una capa de tierra muy delgada y eso me impide la respiración. *Me mantengo absolutamente inmóvil y así logro evitar que me descubran.* Poco después, estoy libre. Vuelvo al palacio, con un arma terrible en cada mano, quizá rayos. Quien se me opone es muerto.

El paciente pensó que la idea de los sepultureros tenía algo que ver con su temor a las catástrofes. Pude hacerle ver ahora que este temor, el temor a la tara hereditaria y el temor por su pene, eran la misma cosa. Aventuró la suposición de que el sueño contenía la escena de su infancia de la cual provenía el temor por el pene.

Le llamó la atención el hecho de “hacerse el muerto” para no ser descubierto. A este respecto, recordó que en sus fantasías masturbatorias era siempre espectador y él mismo trajo a colación la pregunta de si habría tenido experiencias “análogas a ésta” con sus padres. Sin embargo, rechazó de inmediato la idea, diciendo que nunca había dormido en el dormitorio de los padres. Esto era una decepción pues yo estaba convencido, sobre la base de su material onírico, que el paciente había realmente asistido a la escena primaria. Le señalé la contradicción y dije que no debía abandonar las esperanzas demasiado pronto, que el análisis la resolvería con el tiempo. En la misma sesión, el paciente pensó que debía haber visto a cierta mucama con su novio. Luego recordó dos ocasiones en las que podría haber observado a sus padres. Recordó que cuando en su casa había invitados, solían llevar su cama al dormitorio de los padres. También, en sus años preescolares, *durante las vacaciones de verano,* había dormido con sus padres en la misma habitación. A este respecto, trajo a colación los diversos sueños con veranos en el campo y la repre-

sentación de la escena primaria en uno de ellos (con la matanza de los pollos).

Vinculado con esto, volvió al *acting out* de los comienzos del análisis y a sus terrores nocturnos durante la infancia. Quedó explicado ahora un elemento de estos temores: tenía miedo a una figura femenina blanca que surgía entre las cortinas. Recordó que cuando lloraba de noche, la madre venía hasta su cama, en camisón.

Al parecer, en esa hora habíamos ido demasiado lejos, pues la noche siguiente tuvo un sueño de decidida resistencia y burla:

Estoy de pie en un muelle y a punto de subir a un gran barco, como compañero de un enfermo mental. De pronto, todo se me aparece como una comedia en la cual se me ha asignado un determinado papel. En la planchada, debo decir tres veces la misma cosa, y así lo hago.

El mismo paciente interpretó el subir al barco como un deseo de coito, pero le llevé a lo más importante, el "representar". Que debiese decir tres veces la misma cosa era una alusión burlona a mis consecuentes interpretaciones. Hubo de admitir que a menudo había sonreído para sus adentros ante mis esfuerzos. Dijo además que proyectaba buscar una mujer y tener relaciones con ella tres veces seguidas. "Para complacerme", agregué. Pero también le expliqué que su resistencia tenía otro significado, más profundo: evitar los intentos de coito por temor al acto sexual.

La noche siguiente volvió a tener sueños de entrega homosexual por una parte, y de temor al coito por la otra:

1. Encuentro en la calle a un joven perteneciente a las clases inferiores, pero de aspecto sano y fuerte. Siento que es más fuerte que yo y trato de conquistar su favor.

2. Emprendo una excursión de ski con el marido de una de mis primas. Al descender una pendiente muy aguda, encuentro la nieve muy dura y digo que el terreno no es bueno para esquiar pues al descender uno sufre frecuentes caídas. Llegamos a un camino que bordea una montaña. En una curva brusca, pierdo un ski que cae al abismo.

El paciente no se detuvo en el sueño, en lo más mínimo. En cambio, comenzó con el tema de los honorarios: tenía que pagar tanto y no sabía si eso iba a ayudarlo, estaba insatisfecho, sufría otra vez angustias, y así sucesivamente.

Fué posible ahora reducir la resistencia monetaria a la aun no resuelta angustia genital y temor al coito. Pude hacerle ver el motivo más profundo de su sometimiento femenino: cuando se acercaba a una mujer, tenía miedo a las consecuencias y se convertía en mujer él mismo, es decir, mostraba un carácter homosexual y pasivo. Comprendió muy bien el hecho de convertirse en mujer, pero no pudo comprender por qué y de qué tenía tanto miedo. Le resultaba perfectamente claro que temía la relación sexual. ¿Pero qué podía sucederle? Tal era la cuestión.

Este interrogante le preocupaba ahora constantemente, mas en lugar de discutir el temor al padre, discutió el temor a la mujer. Tal como sabemos, en su historia infantil de angustia también había tenido miedo a la mujer: solía decir “el pene de la mujer”. Hasta la pubertad, había creído que la mujer también tiene un pene. Por sí solo, vinculó esta idea con la escena primaria, de cuya realidad estaba ahora convencido.

Hacia fines del séptimo mes, soñó que veía a una muchacha levantarse la pollera de modo que quedaba visible su ropa interior. El se volvía como alguien “que ve algo que no debiera”. Le dije entonces que temía el genital femenino porque parecía una herida, una incisión, y que debía haberse sentido aterrorizado al verlo por vez primera. Esta interpretación le pareció plausible pues creía al genital femenino no sólo repulsivo sino terrorífico. Sin embargo, no podía recordar experiencia real alguna.

En ese momento, la situación era como sigue: el núcleo de sus síntomas, la angustia de castración, había sido elaborado, pero sin resolverlo aún en su significación última y más profunda, pues faltaban aún las estrechas vinculaciones individuales con la escena primaria y porque ésta había sido sólo deducida, mas no manejada analíticamente.

En una ocasión, al discutir nuevamente estas cosas en un período libre de resistencias, sin tener nada tangible con lo cual trabajar, el paciente dijo en voz baja, como para sus adentros: “Debo haber sido atrapado en algún momento”. Dijo sentir como si alguna vez hubiese hecho algo en forma furtiva y le hubiesen sorprendido en el momento de hacerlo. Ahora recordó que aún muy pequeño, se había rebelado en secreto contra su padre. Se había burlado de él a sus espaldas, mientras representaba el papel de hijo obediente. En la pubertad, la rebelión contra el padre cesó por completo. Es decir, el paciente reprimió el odio al padre porque le temía.

También su idea de la tara hereditaria resultó ser un reproche contra el padre. Significaba “mi padre me dañó cuando me hizo”. El análisis de las fantasías vinculadas con la escena primaria puso de manifiesto que el paciente se imaginaba en el útero materno mientras los padres mantenían relaciones sexuales. La fantasía de sufrir algún daño en el órgano genital se combinaba con la fantasía del útero para dar como resultado la fantasía de que *el padre lo castraba en el útero materno*.

El resto del análisis puede describirse en pocas palabras. Las resistencias fueron relativamente escasas y el tratamiento consistió claramente en dos partes.

La primera parte estuvo ocupada por la elaboración de sus fantasías masturbatorias infantiles y de su angustia masturbatoria. Su angustia de castración se manifestó durante largo tiempo en el temor al genital femenino. La “incisión”, la “herida”, parecía demostrar la realidad de la castración. Por último, el paciente se atrevió a masturbarse. Con ello, los estados de angustia desaparecieron por completo; esto muestra que se debían a una estasis de la libido y no a la angustia de castración, pues ésta última subsistió. El análisis ulterior del material infantil la disminuyó en forma suficiente como para que intentara un coito en el cual fue erectivamente potente. Los actos sexuales subsiguientes pusieron de

manifiesto dos perturbaciones: era orgásticamente impotente, es decir, experimentaba menos placer que en la masturbación, y su actitud hacia las mujeres era de indiferencia y desprecio. Su genitalidad estaba todavía disociada en dos componentes, una tierna y otra sensual.

La segunda parte estuvo ocupada por el análisis de su impotencia orgástica y su narcisismo infantil. Como siempre sucediera antes, quería obtenerlo todo de la mujer, la madre, sin tener que dar cosa alguna de su parte. Con gran comprensión, el paciente trabajó por sí mismo sobre sus perturbaciones. Comenzó a experimentar su narcisismo como algo doloroso y finalmente lo superó cuando el último resto de su angustia de castración, anclada en su impotencia orgástica, fué analíticamente resuelto. *Tenía miedo al orgasmo* porque pensaba que la excitación vinculada con éste era perjudicial. El sueño que sigue pone de manifiesto este temor:

Visito una galería de cuadros. Me llama la atención un cuadro titulado "Soldado borracho". Es un joven soldado inglés, bien parecido, en las montañas. Lo envuelve una tormenta y parece haberse extraviado. La mano de un esqueleto se apoya en su brazo y parece conducirlo, aparentemente como símbolo de que *se dirige hacia el desastre*. Otro cuadro se titula "Profesión difícil". También está ubicado en las montañas. Un hombre y un muchacho se despeñan por un precipicio. Al mismo tiempo, se vacía una mochila: el muchacho está rodeado de una masa blanquecina.

La caída representaba el orgasmo,⁷ la masa blanquizca, el semen. El paciente habló de los temores que había experimentado durante la pubertad con la eyaculación y el orgasmo. Sus fantasías sádicas sobre las mujeres también fueron elaboradas minuciosamente. Pocos meses después, durante el verano, comenzó una relación con una muchacha; las perturbaciones fueron ahora mucho menos marcadas.

La resolución de la transferencia no creó dificultades, pues ya había sido elaborada sistemáticamente desde el mismo comienzo, tanto en sus aspectos negativos como positivos. El paciente dejó el análisis lleno de esperanza. En el curso de los cinco años siguientes, lo vi cinco veces. La aprensividad y los estados de angustia habían desaparecido por completo. Se consideraba completamente sano y expresó su satisfacción por haber perdido sus rasgos arteros y de disimulo, y ser ahora capaz de afrontar las dificultades con valor. Su potencia había aumentado aún más a partir de la terminación del tratamiento.

Resumen

Llegados a la conclusión de esta historia, tenemos plena conciencia de la dificultad de expresar con palabras los procesos analíticos. Pero eso no debiera impedirnos trazar por lo menos un esbozo aproximado, a fin de ayudar a la comprensión de los problemas del análisis del carácter. Para resumir pues:

7 Cf. el simbolismo del orgasmo en *Die Funktion des Orgasmus*, 1927.

1. Nuestro caso es el prototipo del carácter pasivo-femenino que —independientemente de los síntomas que le mueven a buscar la ayuda analítica— siempre nos presenta el mismo tipo de resistencia caracterológica. También nos demuestra los mecanismos típicos de la transferencia negativa latente.

2. Técnicamente, se prestó principal atención al análisis de la resistencia caracterológica pasivo-femenina, al engaño a través de la afabilidad exagerada y la conducta sometida. Este procedimiento hizo que el material infantil se desarrollara en la neurosis transferencial conforme a sus propias leyes interiores. Esto impidió al paciente adquirir una mera penetración intelectual en su inconsciente, por motivos de sometimiento femenino a fin “de agradar”, lo cual no hubiese tenido efecto terapéutico alguno.

3. El historial clínico muestra que con un hincapié sistemático y consecuente sobre la resistencia caracterológica, y evitando las interpretaciones prematuras, el correspondiente material infantil aparece con creciente claridad y en forma inequívoca *por sí mismo*. Esto hace de las subsiguientes interpretaciones de significados y síntomas algo incontrovertible y terapéuticamente eficaz.

4. La historia de este caso revela que uno puede comenzar a trabajar sobre la resistencia caracterológica en cuanto ha reconocido su significado y función actuales, es decir, sin conocer el material infantil correspondiente. El hincapié en el significado actual y la interpretación de ese significado trajeron el material infantil a primer plano, sin necesidad alguna de interpretaciones de síntomas o sugerencias. Una vez establecida la vinculación con el material infantil, comenzó la resolución de la resistencia caracterológica. Las subsiguientes interpretaciones de síntomas tuvieron lugar en condiciones de plena cooperación por parte del paciente. El análisis de la resistencia consistió en dos fases típicas: primero, *insistir* sobre su forma y su significado actual; segundo, su *resolución* con ayuda del material infantil así traído a primer plano. En este caso, la diferencia entre una resistencia caracterológica y una simple resistencia, consistía en la diferencia entre cortesía y sumisión por una parte, y simple duda y desconfianza del análisis, por la otra. Sólo los primeros rasgos pertenecían al carácter del paciente; constituían la *forma* en la cual se expresaba su desconfianza.

5. La interpretación consecuente de la transferencia negativa latente, desembocó en la liberación de la agresividad reprimida y enmascarada hacia el analista, los superiores y el padre. Esto eliminó la actitud pasivo-femenina que, por supuesto, no era sino una formación reactiva contra la agresividad reprimida.

6. La represión de la agresión contra el padre trajo consigo la represión del impulso genital hacia la mujer. A la inversa, en el análisis reapareció el impulso genital masculino, junto con la agresividad; esto condujo a la cura de la impotencia.

7. La aprensividad del carácter desapareció con la angustia de castración cuando la agresividad se hizo consciente, y los estados de angustia desaparecieron cuando el paciente dejó de lado su abstinencia sexual. La

descarga orgástica de la energía que se había manifestado como angustia estática, dió como resultado la eliminación del “núcleo somático de la neurosis”.

Como conclusión, confío que la presentación de estos casos hará vacilar la opinión de algunos de mis opositores, quienes sostienen que yo impongo un “esquema preformado” a todos los pacientes. Pondrá en claro el significado de la afirmación que yo he hecho durante años: que para cada caso existe sólo *una* técnica, que debe derivarse de la estructura individual de ese caso.

CAPÍTULO V

INDICACIONES Y PELIGROS DEL ANALISIS DEL CARACTER

Las transiciones entre el análisis no sistemático e inconsecuente y el sistemático análisis del carácter, son tan fluidas y multilaterales que su definición resulta aún difícil. No obstante, pueden establecerse ya algunos criterios para su aplicabilidad.

Como la disolución de los mecanismos narcisistas de defensa que lleva a cabo el análisis del carácter no sólo moviliza afectos violentos, sino da también como resultado una situación temporaria de desvalidez por parte del paciente, el análisis del carácter no es una técnica para principiantes.¹ Pueden practicarlo sin peligro sólo aquellos terapeutas que ya han llegado al dominio de la técnica analítica y que, en particular, saben cómo manejar las reacciones transferenciales. La temporaria desvalidez del paciente se debe al hecho de haberse eliminado la estabilización caracterológica de su neurosis infantil, con lo cual esta neurosis recupera su más plena fuerza. Ciertamente es, la neurosis infantil se reactiva también sin un sistemático análisis del carácter. Pero como en este caso las corazas quedan relativamente intactas, las reacciones afectivas son más débiles y en consecuencia se las puede manejar con mayor facilidad. No hay peligro alguno en la práctica del análisis del carácter, *a condición* de adquirir una visión temprana y cabal de la estructura del caso. Hasta la fecha, en mi práctica profesional no he tenido un solo suicidio —con excepción de un desesperado caso de depresión aguda en el cual el paciente interrumpió el tratamiento sólo dos o tres sesiones después de haberlo comenzado, antes de que yo hubiese podido tomar medida decisiva alguna. Es paradójico, mas sólo en apariencia, que desde que practico el análisis del carácter —vale decir, desde hace unos ocho años— sólo

¹ *Nota de 1945:* Esta precaución se justificaba en los primeros días de la práctica carácter-analítica, hace unos 18 años. Incluso en esa época, se planteó con justicia la objeción de que si el análisis del carácter era superior al análisis de los síntomas, debían aprenderlo los principiantes y no sólo los analistas experimentados. Hoy día, en una época en que la técnica del análisis del carácter se basa en una amplia experiencia, las razones para esta precaución han perdido validez. La técnica puede enseñarse y es preferible al análisis de los síntomas, incluso para los principiantes. Análogamente, los motivos para limitar la aplicación del análisis del carácter tampoco son válidos en la actualidad. Se ha demostrado que el uso del análisis del carácter es no sólo factible, en todos los casos de psiconeurosis, sino *indispensable* cuando se desea eliminar la *base de reacción caracterológico-neurótica*. Cuestión totalmente distinta es la de si puede llevarse a cabo el análisis del carácter sin la orgonterapia.

tres casos he perdido por una interrupción prematura del tratamiento por parte de los pacientes, mientras eso ocurría antes con mucha mayor frecuencia. Esto se explica por el análisis inmediato de las reacciones negativas y narcisistas; por lo general, ello hace imposible la escapatoria, si bien es mucho más duro para el paciente.

El análisis del carácter es aplicable a todos los casos, mas no está indicado en todos los casos. Más aún, hay circunstancias en las cuales está firmemente contraindicado. Veamos ante todo los primeros. Están determinados por el grado de rigidez caracterológica, vale decir, por el grado y la intensidad de las reacciones neuróticas que se han hecho crónicas y han sido asimiladas por el yo. En las neurosis compulsivas—en particular en casos donde no hay un predominio de los síntomas sino de una dificultad general de funcionamiento, donde los rasgos de carácter constituyen no sólo el objeto del tratamiento sino también su principal obstáculo— el análisis del carácter está siempre indicado. Lo mismo puede decirse de los caracteres fálico-narcisistas que, sin el análisis del carácter, siempre logran frustrar todo esfuerzo terapéutico, y de los casos de insania moral, caracteres impulsivos y de *pseudología fantástica*. En los pacientes esquizoideos o esquizofrénicos precoces, el análisis del carácter es necesario para impedir los estallidos emocionales prematuros e incontrolables, pues fortalece las funciones del yo antes de activar los estratos más profundos del inconsciente.

En las histerias agudas de angustia, no se prescribe un análisis temprano y consecuente de las defensas yoicas, pues aquí los impulsos inconscientes se hallan en estado de total agitación mientras el yo carece de los rasgos de carácter necesarios para defenderse contra ellos y a los cuales ligar las energías flotantes. La angustia severa y aguda, debemos recordarlo, indica que la coraza se ha resquebrajado en un amplio frente. Así pues, el trabajo sobre las defensas caracterológicas no es necesario en las primeras etapas. En etapas posteriores, cuando la angustia ha sido reemplazada por una intensa ligazón con el analista y cuando aparecen los primeros indicios de una reacción de desengaño, se hará necesario ese trabajo. No constituye empero la parte principal de la tarea en la iniciación del tratamiento.

En las melancolías y depresiones severas, el uso del análisis del carácter dependerá de si nos hallamos frente a una exacerbación aguda tal como se manifiesta en impulsos suicidas acentuados o angustia severa, o bien ante la indolencia emocional; además, dependerá de la medida en que se haya mantenido una relación objetal genital. Si deseamos evitar un análisis que dure diez años, es indispensable en las formas indolentes una análisis del carácter cauteloso, pero minucioso, sobre la defensa del yo (defensa contra la agresión reprimida).

En líneas generales, va implícito que el ablandamiento de las corazas puede ser controlado en cuanto a su intensidad, no sólo conforme al caso individual sino también con arreglo a las situaciones individuales. Algunos medios de lograr tal control son los siguientes: un aumento o disminución en la intensidad y continuidad de la interpretación de las resistencias, o bien de la profundidad a la cual tiene lugar la interpre-

tación; la disolución más o menos completa de los aspectos negativos o positivos de la transferencia en cualquier momento dado; ocasionalmente, dar al paciente rienda suelta aunque se encuentre en medio de una intensa resistencia, sin resolver ésta por el momento. El paciente debe estar preparado para violentas reacciones terapéuticas, poco antes de que ellas se produzcan. Si somos lo suficientemente elásticos en nuestras interpretaciones y en nuestra forma de influir sobre el enfermo, si hemos superado la aprensividad y la inseguridad iniciales, y si tenemos mucha paciencia, no habremos de tropezar con grandes dificultades.

El análisis del carácter es muy difícil en pacientes que representan un nuevo tipo con el cual no nos hallamos familiarizados. En esos casos trataremos en forma gradual, paso a paso, de comprender la estructura del yo y proceder luego conforme a esta comprensión. No nos entregaremos por cierto —si deseamos evitar reacciones impredecibles y desagradables— a la interpretación de los estratos más profundos. Si esperamos para las interpretaciones profundas hasta que los mecanismos de defensa se hayan puesto de manifiesto, habremos perdido algún tiempo, pero habremos ganado una manera segura de guiar el análisis.

Muchos colegas, dentro y fuera del análisis de control, me han preguntado a menudo si el análisis del carácter puede todavía aplicarse a pacientes que ya han producido una situación caótica durante varios meses. Las experiencias de los seminarios técnicos no son todavía concluyentes, pero no obstante ello, parece que en muchos casos el cambio de técnica logra buenos resultados.

Cabe advertir que, con un consecuente análisis del carácter, no importa que el paciente posea mucho o poco conocimiento analítico intelectual. Como no hacemos interpretaciones profundas antes de que el enfermo haya ablandado su actitud defensiva central y se haya permitido vivenciar sus emociones, no tiene oportunidad de traer a colación su conocimiento si trata de hacerlo. Sin embargo, en interés de su resistencia, debe considerarse esta forma de conducta como una parte de su comportamiento defensivo general y puede desenmascarársela dentro del marco de sus demás reacciones narcisistas. Si por ejemplo el paciente emplea términos técnicos analíticos, no le decimos que no lo haga; en cambio, tratamos el hecho como defensa y como identificación narcisista con el analista.

Otra pregunta planteada con frecuencia es en qué porcentaje de los casos puede iniciarse y llevarse a término con buenos resultados un análisis del carácter. No en todos los casos, ciertamente; depende también de las indicaciones, y de las capacidades intuitivas y experiencia del analista. En los últimos años, con todo, más de la mitad de los pacientes fueron accesibles al análisis del carácter.

¿En qué medida es necesaria una modificación del carácter en el análisis? ¿Y en qué medida puede producirse?

A la primera cuestión existe, en principio, una sola respuesta: el carácter neurótico debe ser modificado en la medida en que constituye la base caracterológica de los síntomas neuróticos y en la medida en que

produce perturbaciones en la capacidad de trabajo y en la capacidad de gratificación sexual.

A la segunda pregunta, existe sólo una respuesta empírica. La medida en que el resultado efectivo se aproxima al cambio deseado depende, en cada caso, de un gran número de factores. Los cambios cualitativos del carácter no pueden lograrse por los medios actuales del psicoanálisis. Un carácter compulsivo nunca se transformará en histérico, un carácter colérico no llega a ser flemático ni un carácter sanguíneo llega a ser melancólico. Lo que puede lograrse son cambios cuantitativos que, sobrepasando cierto grado, se equiparan a cambios cualitativos. Así por ejemplo, la actitud ligeramente femenina de los pacientes neuróticos compulsivos sigue creciendo durante el análisis, mientras decrecen las actitudes masculino-agresivas.

De esta manera, todo el ser del paciente se torna "diferente", cambio a menudo más evidente para quienes le ven sólo en forma ocasional, con largos intervalos, que para el analista. La persona inhibida y tímida se muestra más libre; la aprensiva, más valiente; la sobreconcienzuda, menos escrupulosa; la inescrupulosa, más concienzuda. No obstante ello, la "nota personal" del individuo nunca se pierde y continúa mostrándose independientemente de los cambios ocurridos. El carácter antes compulsivo y muy escrupuloso, por ejemplo, se convierte en trabajador realista, consciente; el carácter impulsivo actuará después de la cura, más rápidamente que aquél; el paciente aquejado de "insania moral", una vez curado, nunca tomará la vida trágicamente y la recorrerá con más facilidad que el carácter compulsivo curado. Pero aunque estos rasgos de carácter persistan como tales, subsisten, después del análisis del carácter, dentro de límites que no menoscaban la capacidad de trabajo o de obtener gratificación sexual.

CAPÍTULO VI

EL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA

1. LA CRISTALIZACIÓN DE LA LIBIDO OBJETAL GENITAL

La tarea de “manejar la transferencia” surge del hecho de que las actitudes infantiles se transfieren hacia el analista; esta transferencia toma en el curso del tratamiento diversas formas y funciones. Las actitudes hacia el analista no son sólo de índole positiva, sino también negativa. El analista debe tener presente que cualquier tipo de transferencia se convierte, tarde o temprano, en una resistencia que el paciente es incapaz de resolver por sí solo. En particular, como lo señalara Freud, una transferencia inicial positiva tiende a convertirse en negativa. Lo que hace de la transferencia algo particularmente importante es el hecho de que sólo en ella hacen su aparición las partes esenciales de la neurosis. Por este motivo, la disolución de la “neurosis transferencial” que gradualmente toma el lugar de la neurosis original, resulta una de las tareas esenciales de la técnica analítica. La transferencia positiva es el vehículo principal del tratamiento. Sin embargo, no constituye el factor terapéutico en sí mismo, sino el prerequisite más importante para establecer aquellos procesos que finalmente —con independencia de la transferencia— conducen a la curación. Las tareas puramente técnicas que Freud discute en sus obras sobre la transferencia, son las siguientes:

1. Establecimiento de una efectiva transferencia positiva;
2. Utilización de esta transferencia para superar las resistencias neuróticas;
3. Utilización de la transferencia positiva para la producción de los contenidos reprimidos y de irrupciones emocionales dinámicamente eficaces.

Desde el punto de vista del análisis del carácter, tenemos dos tareas adicionales, una técnica y otra económico-libidinal.

La tarea técnica se relaciona con el requisito de establecer una transferencia positiva efectiva. La experiencia clínica revela que sólo muy pocos pacientes son capaces de establecer en forma espontánea esa transferencia. Pero nuestras consideraciones carácter-analíticas conducen a otra cuestión. Si es correcto afirmar que todas las neurosis surgen sobre la base de un carácter neurótico; si además la coraza narcisista es un aspecto típico del carácter neurótico, se plantea el interrogante de si en el comienzo del tratamiento los pacientes son capaces de una *auténtica* transferencia positiva. Por “auténtica” entendemos una relación erótica

objetal, acentuada y no ambivalente, que pueda suministrar la base para una ligazón lo suficientemente fuerte con el analista como para capear las tormentas del análisis. Al pasar revista a nuestros casos, debemos responder por la negativa: no existe en las fases primeras del análisis una auténtica transferencia positiva. Más aún, no puede haberla, debido a la represión sexual existente, a la falta de impulsos libidinales objetales, y debido a la *coraza caracterológica*. Ciertamente se encuentra gran número de manifestaciones que *parecen* transferencia positiva. ¿Pero cuál es el antecedente inconsciente de estas manifestaciones transferenciales? ¿Son auténticas o no? Promueve la discusión de este problema precisamente la desgraciada experiencia adquirida sobre el supuesto de que se trataba de auténticos impulsos libidinales objetales. Este punto es parte de la pregunta más amplia de si un carácter neurótico puede ser capaz de amar, y si lo es, en qué sentido. Un estudio exacto de estas primeras manifestaciones de la llamada transferencia positiva, es decir, de impulsos sexuales libidinales objetales hacia el analista, demostró que se trataban —fuera de un pequeño remanente que corresponde al reflejo de un amor auténtico rudimentario— de alguna de las tres cosas siguientes:

1. “Transferencia positiva reactiva”. En este caso, el paciente compensa un odio transferido, mediante manifestaciones de aparente amor. El antecedente es aquí una *transferencia negativa latente*. Si interpretamos las resistencias resultantes de este tipo de transferencia como la expresión de una relación de amor, pasaremos por alto la transferencia negativa oculta tras ella y correremos el peligro de dejar intacto el núcleo central del carácter neurótico.

2. *Sometimiento* al analista, resultante de un *sentimiento de culpa* o de masoquismo moral, tras el cual no se oculta sino un odio reprimido y compensado.

3. La transferencia de *deseos narcisistas*, de la esperanza narcisista de que el analista amará o admirará al paciente. Ningún otro tipo de transferencia se derrumba con más rapidez que ésta, ninguna otra se transforma con más facilidad en amarga decepción y en odiosa herida narcisista. Si interpretamos este tipo de transferencia como positiva (“Usted me quiere”), habremos cometido también aquí un serio error. Pues el paciente no quiere en manera alguna: *quiere que le quieran* y pierde interés en cuanto comprende que sus deseos no pueden ser satisfechos. Por supuesto, hay impulsos libidinales vinculados con este tipo de transferencia, pero no pueden crear una transferencia positiva eficaz debido a su acentuado componente narcisista, tal como sucede en el caso de las demandas orales.

Estos tres tipos de transferencia al parecer positiva —sin duda, estudios ulteriores pondrán de manifiesto otros tipos— ahogan todos aquellos rudimentos de auténtico amor objetal que no hayan sido consumidos todavía por la neurosis. Son en sí mismos resultados del proceso neurótico, por cuanto la frustración del cariño ha dado origen al odio, al narcisismo y a los sentimientos de culpa. Bastan para mantener al paciente en el análisis hasta el momento en que puedan ser disueltos; mas

si no se los desenmascara a tiempo, brindarán al enfermo motivos suficientes para interrumpir el análisis.

Fué precisamente el deseo de establecer una transferencia positiva intensa lo que me incitó a prestar tanta atención a la transferencia negativa. El hecho de hacer conscientes en forma temprana y cabal las actitudes negativas, críticas o despreciativas hacia el analista, no intensifica la transferencia negativa, sino que la disuelve y hace cristalizar las actitudes positivas. Lo que podría dar la impresión de que yo "trabajo con la transferencia negativa" es el hecho de que la disolución analítica del aparato de defensa narcisista, trae a luz las transferencias negativas latentes, de suerte que los análisis se caracterizan a menudo por manifestaciones de defensa que duran meses enteros. Después de todo, nada pongo en el paciente que no esté en él con anterioridad. Traigo a luz, simplemente, lo que antes estaba oculto en el modo de comportarse del paciente (tal como la cortesía exagerada, la indiferencia, etc.) y que no era sino una defensa latente contra la posible influencia del analista.

En un principio, llamé transferencia negativa a toda forma de defensa del yo. Tal cosa era correcta en la medida en que la defensa del yo hace uso, tarde o temprano, de los impulsos de odio existentes. También es correcto que siempre provocamos el odio si, al interpretar la resistencia, partimos de la defensa yoica. Lo incorrecto fué únicamente llamar transferencia negativa a la defensa yoica en sí misma. Se trata más bien de una reacción de defensa narcisista. Tampoco la transferencia narcisista es una transferencia negativa en el sentido estricto del término. En esa época, yo me hallaba muy influido por el hecho de que si se analiza en forma consecuente, toda defensa yoica desemboca con rapidez y facilidad en la transferencia negativa. Sólo en la transferencia del carácter pasivo-femenino y en el bloqueo afectivo existe desde el comienzo una transferencia negativa latente; aquí nos encontramos frente a un odio activo, mas reprimido.

Ejemplificaré la técnica transferencial en el caso de la transferencia aparentemente positiva, con la historia de una mujer de 27 años que acudió al análisis debido a su frivolidad sexual. Se había divorciado dos veces y tenido una larga serie de amantes. Ella misma conocía la razón de esta tendencia ninfomaniaca: la relación sexual la dejaba insatisfecha debido a su impotencia orgástica. Para comprender su resistencia y la interpretación de la misma, es necesario mencionar que la paciente era sumamente hermosa y tenía plena conciencia de sus encantos femeninos. Durante la primera sesión, advertí cierto desasosiego: miraba continuamente al suelo, si bien hablaba y respondía a las preguntas con fluidez.

Durante esa primera sesión y la mayor parte de la segunda, la mujer habló con bastante libertad de las penosas circunstancias de su segundo divorcio y de lo perturbado de sus sensaciones durante el acto sexual. Hacia el final de la segunda hora, apareció una perturbación: la paciente calló y después de una pausa manifestó que no tenía más nada que decir. Era evidente que la transferencia se había convertido

ya en perturbación. Existían ahora dos posibilidades: o bien tratar, mediante el aliento y la admonición, de incitarla a seguir hablando, o bien afrontar la resistencia misma. Lo primero hubiera significado hacer un rodeo para esquivar la resistencia; lo segundo era posible sólo si comprendíamos la inhibición, al menos en parte. Como en tales situaciones estamos siempre ante una defensa yoica, pudo encararse la resistencia desde este punto de vista. Expliqué a la paciente el significado que para ella tenían tales bloqueos, presentándoselos como debidos a algo que se está escondiendo, algo contra lo cual ella se defendía inconscientemente. Agregué que por lo general son pensamientos acerca del analista los que dan origen a tales bloqueos, y que el éxito del tratamiento dependía de su capacidad de ser absolutamente honesta también respecto a esos pensamientos. Entonces dijo, con muchas vacilaciones, que el día anterior todavía había podido hablar con libertad, pero después le habían asaltado ciertos pensamientos que en realidad no se relacionaban con el tratamiento. Por último, confesó haber comenzado a pensar qué sucedería si el analista comenzaba a “sentir algo” hacia ella, y si no la despreciaría por sus pasadas experiencias con hombres. Esto se produjo al final de la hora. Al día siguiente, continuaba el bloqueo. Volví a llamarle la atención y a señalarle que otra vez ocultaba algo. La paciente había reprimido por completo lo aparecido durante la sesión anterior. Le expliqué el significado de esa represión y de inmediato relató que no había podido dormir durante la noche, tanto era su temor de que el analista pudiese desarrollar algún sentimiento personal hacia ella. Podría haberse interpretado esto como una proyección de sus propios impulsos amorosos; pero la personalidad de la paciente, su intenso narcisismo femenino y su pasado, no se adaptaban a esta interpretación. Sentí de alguna manera que dudaba del grado de confianza que podía tributarme como médico y temía que yo pudiese utilizar la situación analítica para fines sexuales. No había duda de que ella, por su parte, ya había transferido deseos sexuales a la situación analítica. Confrontado con la elección entre discutir primero estas manifestaciones del ello o aquellos temores del yo, decidí en favor de lo segundo. En consecuencia, manifesté todo lo que había imaginado acerca de sus temores. A lo cual respondió relatando una cantidad de desgraciadas experiencias con médicos: tarde o temprano, todos ellos le habían hecho proposiciones o habían abusado de la situación terapéutica sin siquiera pedirle su consentimiento. La paciente pensaba que en estas circunstancias, su desconfianza de los médicos era cosa natural, y dijo no tener forma de saber si yo era distinto de los demás. Esto ejerció por un momento un efecto liberador; volvió a poder hablar con libertad de sus conflictos presentes. Habló mucho de sus relaciones amorosas y de ese material se destacaron dos hechos: primero, por lo general elegía hombres más jóvenes que ella; segundo, pronto se cansaba de ellos. Era evidente, por supuesto, que su vida amorosa estaba determinada por condiciones *narcisistas*: quería dominar a los hombres, lo cual resultaba más fácil con los más jóvenes, y perdía el interés en cuanto un hombre le había concedido toda su admiración.

Podríamos haberle explicado el significado de esta forma de comportarse; la explicación no hubiese causado daño alguno pues no se trataba de algo profundamente reprimido. Pero la consideración de la efectividad dinámica de la interpretación hacía parecer como más prudente no emitir tal explicación. Como era seguro que su principal rasgo de carácter se convertiría pronto en una resistencia de primer orden dentro del análisis, parecía más ventajoso esperar que eso sucediera, a fin de vincular las emociones de la experiencia transferencial con la conciencia de la enferma. La resistencia hizo su aparición pronto, mas en una forma insospechada.

La paciente volvió a guardar silencio, y después de mis repetidas interpretaciones de que sin duda estaba ocultando algo, dijo después de mucho vacilar que lo que ella temiera había sucedido, sólo que ahora no le molestaban mis posibles sentimientos hacia ella, sino su propia actitud hacia mí. Pensaba en el análisis constantemente, según dijo; el día anterior había llegado a masturbarse con la fantasía de tener relaciones sexuales con el analista. Le dije que tales fantasías no eran desusadas, que los pacientes siempre transferían sus sentimientos hacia el analista, todo lo cual comprendió muy bien. Luego le señalé el fondo narcisista de esta transferencia. Es cierto, no podía haber duda alguna de que la fantasía era también en parte expresión del comienzo de una irrupción de deseos libidinales objetales. Interpretar esto como una transferencia, sin embargo, estaba contraindicado por varios motivos. El deseo de incesto estaba aún profundamente reprimido; aunque la fantasía contenía ya elementos infantiles, no podía, por esa misma razón, provenir de este deseo. Por otra parte, la personalidad de la paciente y la situación total en la cual aparecía la fantasía transferencial, aportaban amplio material para el estudio de otros aspectos y motivos de la fantasía. La paciente tenía estados de angustia antes y durante las sesiones, estados que correspondían en parte a la excitación sexual contenida y en parte a la necesidad de afrontar una situación difícil. Así pues, al interpretar la resistencia transferencial, volví a partir del yo. Le dije que sus acentuadas inhibiciones para hablar de estas cosas se debían al hecho de ser demasiado orgullosa para admitir esos sentimientos hacia un hombre. Lo admitió de inmediato, agregando que en ella todo se encogía como apartándose de tal cosa. Preguntada si alguna vez había amado o deseado espontáneamente a un hombre, contestó que no, que nunca le había sucedido; eran siempre los hombres quienes la deseaban, y ella se limitaba a responder. Le expliqué el carácter narcisista de esta conducta, y lo comprendió muy bien. En cuanto a la transferencia, expliqué que no se trataba de un auténtico impulso amoroso; por el contrario, ella se había sentido meramente irritada por el hecho de encontrar un hombre a quien sus encantos dejaban impávido, situación difícil de admitir para ella. Le dije que la fantasía correspondía al deseo de hacer que el analista se enamorara de ella. Lo confirmó aseverando que en la fantasía *la conquista del analista desempeñaba el papel de mayor importancia y había constituido la verdadera fuente de satisfacción*. Ahora pude señalarle el peligro vinculado con esta actitud: no

podía soportar el rechazo por breve que fuese su duración, y tarde o temprano perdería interés en el análisis. Ella misma había pensado ya en esta posibilidad.

Este es un punto que debe destacarse. Si uno deja de desenmascarar el fondo narcisista de estas transferencias en el comienzo mismo del tratamiento, sucede muy a menudo que el paciente, en una imprevista reacción de desengaño, interrumpe el análisis en una etapa de transferencia negativa. En los últimos años se han presentado no pocos de estos casos en el Seminario Técnico. Siempre había sucedido lo mismo: se tomaron estas manifestaciones al pie de la letra, según su valor aparente, se las interpretó como amor en lugar de hacerlo como deseo de ser amado, se pasó por alto la tendencia al desengaño y los pacientes, tarde o temprano, interrumpieron el análisis.

En nuestra enferma, la interpretación de la transferencia abrió el camino a un análisis de su narcisismo, de su desprecio por los hombres que corrían tras ella, y de su general incapacidad para amar, una de las principales razones de sus dificultades. Comprendió muy bien que primero debía desenterrar los motivos de su incapacidad de cariño. A este respecto mencionó, además de su vanidad, su extrema terquedad y por último su falta de participación interior en la gente y en las cosas, la superficialidad de su interés y el resultante sentimiento de vaciedad. Así pues, el análisis de la resistencia transferencial había conducido directamente al análisis de su carácter, el cual a partir de ese momento ocupó el centro del tratamiento. Hubo de admitir que tampoco el análisis le llegaba realmente, a pesar de su más firme voluntad de mejorar. El curso ulterior del análisis no nos interesa en este caso. Sólo quería mostrar cómo un manejo de la transferencia en correspondencia con el carácter del paciente, conduce de inmediato al problema de las defensas narcisistas.

Otros elementos existen que apuntan a la falacia de hacer consciente en una etapa temprana los rudimentos y comienzos de una auténtica transferencia positiva, en lugar de trabajar primero sobre las tendencias narcisistas y negativas sobreimpuestas a la anterior. Se trata de consideraciones basadas en el punto de vista económico aplicado a la terapia analítica.

Según mi conocimiento, fué Landauer el primero en señalar que toda interpretación de una actitud emocional transferida, hace disminuir en primer lugar su intensidad y aumentar la de la tendencia opuesta. El objetivo de la terapia analítica es hacer cristalizar la libido genital objetual, liberarla de la represión y de su mezcla con impulsos narcisistas, pregenitales y destructivos. De ello se deduce que debemos, mientras sea posible, interpretar sólo —o predominantemente— las expresiones de una transferencia narcisista y negativa, dejando al mismo tiempo que los indicios de un impulso amoroso que comienza se desarrollen sin intromisiones hasta tanto el impulso esté concentrado, sin ambivalencia, en la transferencia. Por lo común, esto no tiene lugar hasta las etapas últimas del análisis. En particular en las neurosis de compulsión, es imposible eliminar la ambivalencia y las dudas, a menos de aislar los

impulsos ambivalentes mediante un hincapié consecuente sobre aquellos impulsos (como el narcisismo, el odio, el sentimiento de culpa) que se oponen a la libido objetal. A menos de hacer esto, nunca salimos en realidad de una situación de aguda ambivalencia y duda, y todas las interpretaciones de contenidos inconscientes resultan más o menos ineficaces por acción de la coraza de la duda. Esta consideración económica concuerda con la tópica, pues la auténtica libido genital objetal, en particular el deseo de incesto genital, es siempre la más profundamente reprimida, mientras el narcisismo, el sentimiento de culpa y los impulsos pregenitales son tópica y estructuralmente más superficiales.

Desde el punto de vista económico, la tarea de manejar la transferencia consiste en *concentrar toda la libido objetal en una transferencia puramente genital*. Esto hace necesario no sólo liberar las energías sádicas y narcisistas ligadas en la coraza caracterológica, sino también disolver las fijaciones pregenitales. Cuando los impulsos narcisistas y sádicos ya no están tan firmemente unidos en la coraza caracterológica, la energía liberada fluye hacia posiciones pregenitales. Entonces observamos durante algún tiempo una transferencia positiva de índole pregenital, es decir, más infantil. Esta transferencia fomenta la irrupción de fantasías y deseos de incesto pregenitales y con ello contribuye a disolver las fijaciones pregenitales. Sin embargo, toda la libido liberada de sus fijaciones pregenitales, fluye a la posición genital donde intensifica la situación edípica genital, tal como sucede en la histeria, o bien la reactiva como en la neurosis de compulsión o en la depresión. Esto va por lo general acompañado de una angustia más o menos aguda y de una reactivación de la histeria infantil de angustia. Este es el primer indicio de una nueva catexis de la etapa genital. Lo que aparece en el análisis en esta etapa, sin embargo, no es el deseo edípico genital como tal, sino la defensa contra el mismo, la angustia de castración. Lo típico de esto es que esta concentración de la libido en la etapa genital es en un principio sólo temporaria; muy pronto, la angustia de castración hace retroceder a la libido, una vez más y en forma temporaria, a sus puntos de fijación narcisistas y pregenitales. Este proceso se repite por lo común varias veces: toda irrupción hacia los deseos genitales de incesto va seguida de un retroceso como resultado de la angustia de castración. Debido a esta reactivación de la angustia de castración, se restablece el antiguo mecanismo de ligar la angustia. Es decir, existe la formación de síntomas transitorios o, con mayor frecuencia, una plena reactivación del aparato de defensa narcisista. El trabajo de interpretación, por supuesto, debe hacerse siempre sobre los mecanismos de defensa; esto excava material infantil de estratos cada vez más profundos y así disuelve cierta cantidad de angustia con cada nueva irrupción hacia la genitalidad. El proceso se repite hasta que por último la libido permanece en la posición genital; entonces la angustia o los impulsos pregenitales y narcisistas son reemplazados por las sensaciones *genitales* y las fantasías transferenciales.¹

¹ Nota de 1945: En términos de biofísica orgánica, el objetivo de la orgo-

Cuando presenté estos hechos, algunos analistas preguntaron en qué momento la neurosis actual desempeñaba un papel en el análisis. La respuesta es la siguiente: en la etapa del análisis en que se han disuelto las fijaciones esenciales de la libido, cuando la angustia ya no está ligada en los síntomas y el carácter, en ese momento vuelve a hacer su aparición el núcleo de la neurosis, la neurosis estática. Corresponde a la estasis de la libido que ahora flota libremente. En esta etapa se desarrolla con toda su fuerza la *auténtica* transferencia positiva, no sólo una transferencia de cariño sino también sensual; el paciente comienza a masturbarse con fantasías transferenciales. Con ayuda de estas fantasías, es posible eliminar las restantes inhibiciones y distorsiones infantiles de la genitalidad, y llegar a la etapa en la cual se hace necesaria la disolución de la transferencia. Pero antes de discutir este punto, quisiera señalar algunos pormenores que observamos en el curso de la concentración de libido en la transferencia y hacia la zona genital.

2. NARCISISMO SECUNDARIO, TRANSFERENCIA NEGATIVA Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

El aflojamiento y disolución de los mecanismos caracterológicos de protección, necesarios para liberar una máxima cantidad de libido, produce un estado temporario de completo desamparo. Podría denominárselo *fase del derrumbe del narcisismo secundario*. Ciertamente es, en esta fase el paciente se aferra al análisis con ayuda de la libido objetal que se ha liberado en el ínterin, y eso le brinda cierta protección de índole infantil. Pero debe tenerse siempre presente que la desintegración de las formaciones reactivas y de las ilusiones creadas por el yo para su preservación, moviliza en el paciente los más intensos sentimientos negativos hacia el análisis;² además, los instintos reconquistan su fortaleza original con la disolución de la armadura, y el yo se siente confrontado con esta fortaleza reconquistada. Tomados en conjunto, todos estos elementos hacen de este período de transición una fase altamente crítica; existen a menudo tendencias suicidas e incapacidad de trabajo y, en los caracteres esquizoideos, francas regresiones autistas. Quienes mejor soportan este proceso son los caracteres compulsivos, debido a su perseverancia anal y a su imperiosa agresión. Si sabemos manejar la transferencia, no es difícil disponer el ritmo y la intensidad de este proceso regulando la consecuencia de las interpretaciones y, en especial, haciendo cristalizar claramente las tendencias negativas existentes en el paciente.

terapia es disolver las corazas de manera tal que finalmente todos los reflejos y movimientos biológicos se unen en el *reflejo orgásmico total* y conducen a sensaciones de corriente orgonótica en el genital. Esto permite el establecimiento de la potencia orgásmica.

² A no dudarlo, muchas de las objeciones que oigo en las discusiones sobre transferencia negativa, derivan de que por lo general dejamos relativamente intacto el mecanismo narcisista de protección de los pacientes y por consiguiente no obtenemos ninguna tormentosa transferencia de odio.

En el proceso de disolver las formaciones reactivas, desaparece lo que queda de potencia en los hombres. Conviene preparar para esta eventualidad a los pacientes que llegan al análisis con potencia erectiva. A fin de mitigar el golpe de una repentina impotencia erectiva, debemos aconsejar la temporaria abstinencia tan pronto como percibimos la inminente descompensación por indicios tales como un aumento en los síntomas y en la angustia, mayor intranquilidad, o predominio de la angustia de castración en los sueños. Por otra parte, ciertos caracteres narcisistas incapaces de admitir la compensación de su temor a la impotencia, deben ser expuestos a la experiencia desagradable. Esto da como resultado violentas reacciones narcisistas y negativas; pero trayendo a primer plano la angustia de castración, inicia la descompensación final del narcisismo secundario.

La descompensación de la potencia es el indicio más seguro de que la angustia de castración está convirtiéndose en una *experiencia afectiva*, lo cual significa también que la armadura está en tren de disolverse. Por este motivo, el que no aparezca una perturbación de la potencia en el análisis de neuróticos erectivamente potentes, indica que el análisis en realidad no les ha tocado. En la mayoría de los casos, por supuesto, este problema no existe pues los pacientes ya vienen al análisis con alguna perturbación de la potencia. No obstante ello, hay gran número de pacientes que mantienen su potencia erectiva sobre una base sádica, o bien sufren perturbaciones de la potencia de las cuales no tienen conciencia, tales como erecciones débiles o eyaculaciones prematuras.

Hasta el momento en el cual el paciente cae en la cuenta de la plena significación de su perturbación sexual, el análisis debe luchar en mayor o menor grado contra la personalidad total de aquél. Es cierto, el análisis tiene en el paciente un aliado en la medida en que el tratamiento se ocupa de síntomas, los cuales el paciente conoce y sufre. Pero el enfermo tiene poco interés en el análisis de la base neurótica de reacción, el carácter neurótico. En este punto, sin embargo, por lo general la actitud del paciente sufre un profundo cambio: se siente enfermo también en su carácter, reconoce la base de sus síntomas, desarrolla interés en modificar su carácter y en desembarazarse de su perturbación sexual. Subjetivamente, a menudo se sentirá más enfermo que antes del análisis, pero también más dispuesto a trabajar analíticamente en sus problemas. Su principal incentivo para mejorar es ahora el llegar a ser capaz de una vida sexual sana, cuya significación para la vida psíquica ahora le resulta clara. En esencia, el incentivo para mejorar es creado conscientemente por el displacer que acompaña a la neurosis, e inconscientemente por las demandas genitales naturales.

La creciente percepción de la enfermedad y el sentimiento intensificado de estar enfermo, no son sólo resultado de un análisis consecuente del mecanismo de protección narcisista, pues ese análisis, por el contrario, conduce a una intensificación de la defensa en forma de transferencia negativa, de odio al analista como perturbador del equilibrio neurótico. Pero esta actitud contiene ya el germen de una actitud

opuesta, que ayuda sobremanera al análisis. El paciente se ve ahora obligado a entregarse por completo al análisis y comienza a ver en el analista al único que puede ayudarle, al único que puede curarle. Esto confiere una base firme a la voluntad de mejorar. Queda implícito que estas actitudes están relacionadas muy de cerca con tendencias infantiles, con la angustia de castración y con la necesidad infantil de protección.

3. EL MANEJO DE LA REGLA DE ABSTINENCIA

Si el objetivo dinámico y económico es establecer una transferencia genital, surge la pregunta: ¿cuál es el significado y contenido de la regla de abstinencia? ¿Debe interrumpirse todo tipo de gratificación sexual, y si no, cuál tipo? Muchos analistas interpretan esa regla en el sentido de que debe prohibirse el acto sexual, salvo quizá en personas casadas; de otra manera, alegan, no se produce la necesaria estasis de la libido y su concentración en la transferencia. Debe tenerse presente, sin embargo, que con las prohibiciones es mayor la probabilidad de impedir el establecimiento de una transferencia positiva, que de fomentarlo. No creemos que la prohibición del coito pueda ejercer el efecto deseado. Debemos preguntarnos además si semejante medida no va contra los principios de la terapia analítica. ¿Semejante prohibición no reforzará automáticamente la situación patógena de la neurosis, la frustración genital, en lugar de eliminarla? En mujeres sexualmente inhibidas y en hombres con impotencia erectiva, tal prohibición constituye un serio error. Todo el concepto de nuestra tarea terapéutica pone en claro que la frustración de la genitalidad puede prescribirse sólo en circunstancias excepcionales. La neurosis debe su existencia a una desviación y regresión de la libido a partir de su posición genital; la tarea terapéutica consiste en consecuencia en liberarla de sus anclajes patológicos y concentrarla una vez más en las zonas genitales. En términos generales, eliminaremos las actividades pregenitales mediante una adecuada interpretación, dando al mismo tiempo a las tendencias genitales rienda suelta para desarrollarse. Prohibir la masturbación en pacientes que no lo hacían con anterioridad y que están a punto de vencer su temor a hacerlo, sería un serio error. Por el contrario, no existe en las circunstancias usuales motivo alguno por el cual debamos obstaculizar la masturbación genital. Sólo debemos hacerlo cuando la masturbación o el acto genital se convierten en resistencias. Por regla general, intervendremos mediante la interpretación, como ante cualquiera otra resistencia. Sólo en casos raros, por ejemplo de masturbación excesiva, será necesaria la prohibición. El paciente común, en especial la mujer, no debe ser expuesto a frustración genital alguna durante el análisis. Debe recordarse que el comienzo de la masturbación genital es el primer indicio seguro de una nueva catexis de la etapa genital.

En muchos casos, la estasis de la libido actúa incluso como bien definido impedimento para el análisis. Cuando la concentración de libi-

do en la zona genital ha progresado lo suficiente, la intensa excitación sexual que se produce perturbará el análisis. Después de haber agotado el contenido de las fantasías, existe una fase de intenso deseo sexual sin producción de material inconsciente adicional. En este caso, el alivio periódico de la estasis por obra de la masturbación o de la relación sexual ejerce un efecto liberador y el análisis vuelve a proseguir. Resulta claro, entonces, que la regla de abstinencia debe manejarse en forma muy elástica y debe estar subordinada al principio de la concentración de la libido en la zona genital. En términos generales, toda medida técnica es correcta cuando sirve para producir esta concentración; toda medida es incorrecta cuando la impide.

La transferencia sensual paralela a esta concentración genital de libido es, por una parte, el factor más poderoso para traer a la superficie material inconsciente y, por otra, un obstáculo para el análisis. La excitación genital surgida sobre la base de la transferencia, reactiva el conflicto sexual total; muchos pacientes se niegan por largo tiempo a aceptar la índole transferencial de esta situación. Lo importante es que en este proceso aprenden a tolerar la frustración genital, que por primera vez reaccionan sin desilusión, que no hacen regresiones y que han concentrado sobre una sola persona tanto los impulsos tiernos como los sensuales. La experiencia demuestra que *los pacientes que no atraviesan tal fase de transferencia sensual de índole genital, no logran establecer plenamente la primacía genital*; desde el punto de vista de la economía de la libido, esto significa una falla más o menos seria en el proceso terapéutico. En tales casos, o bien el análisis no ha logrado liberar *realmente* de la represión el impulso sensual genital, o bien no ha llegado a disolver el sentimiento de culpa que posibilita una confluencia de los impulsos cariñosos y sensuales. Indicios de que esta tarea ha logrado pleno éxito son los siguientes:

1. *Masturbación genital sin sentimiento de culpa*, con fantasías transferenciales genitales y correspondiente gratificación. Cuando el analista y el paciente son del mismo sexo, masturbación con fantasías del objeto de incesto en la persona del analista.
2. *Fantasías de incesto sin sentimiento de culpa*, en algunas ocasiones. El abandono de estas fantasías es fácil si el deseo es *plenamente consciente*.
3. *Excitación genital durante el análisis*, indicio de que se ha vencido la angustia de castración.

No necesitamos decir que esta activación de la genitalidad, que inicia la disolución final del carácter neurótico y el establecimiento del carácter genital, nunca puede lograrse mediante la sugestión, sino sólo con medios analíticos, es decir, mediante el manejo de la transferencia con miras a la concentración de la libido sobre el genital. Dificultan este manejo factores tales como la edad y el carácter crónico de las neurosis, y no puede ser realizado en todos los casos, si bien se logra en un número suficiente de ellos como para hacer de ese manejo una meta práctica. Desde el punto de vista libido-económico, la conquista de esta

meta es indispensable pues constituye la base de una economía libidinal ordenada, regulada por la función genital.

Es menospreciable el peligro de que el paciente pueda verse envuelto en situaciones difíciles como resultado de que durante el análisis se le permita dar rienda suelta a su genitalidad. Si está a punto de verse en dificultades por motivos neuróticos, el análisis minucioso de la situación le impedirá caer en ellas; este procedimiento analítico torna innecesarias las prohibiciones. Esto es posible sólo si desde el comienzo se ha manejado la transferencia en forma correcta. Por supuesto, queda aquí mucho lugar para una valoración subjetiva de la situación por parte del analista. Un determinado analista no verá nada malo en que un joven se entregue al acto sexual, si bien tomará medidas firmes en el caso de una muchacha (doble moral sexual). Otro analista no hará, y con acierto, tales distinciones, a menos que el paso socialmente más peligroso deba ser impedido en el caso de la muchacha, con miras al interés del análisis.

4. LA "DISOLUCIÓN" DE LA TRANSFERENCIA POSITIVA

La última tarea del analista, según Freud, es la disolución de la transferencia positiva. Surge de inmediato la cuestión de si este proceso guarda alguna analogía con las otras soluciones de emociones transferidas, por reducción a lo infantil; en otras palabras, si se trata de una "disolución" de la transferencia positiva. Evidentemente, no puede ser así. Por el contrario, la libido de objeto, libre ahora de todos los impedimentos del odio, el narcisismo, el despecho, la tendencia a la decepción, etc., tiene que ser "transferida" del analista hacia otro objeto, un objeto que corresponda a las necesidades del paciente. Mientras todas las transferencias pregenitales y sádicas pueden ser disueltas reduciéndolas a sus antecedentes infantiles, tal cosa no es posible en el caso de la genitalidad, pues la función genital es parte de la función general de realidad. No es fácil por cierto apreciar por qué la reducción de la transferencia genital a los deseos de incesto genital no disuelve aquélla sino, por el contrario, la libera de la fijación incestuosa, la hace tender con gran fuerza hacia la gratificación. Nos ayuda aquí considerar que tampoco se disuelve una transferencia anal —pongamos por caso— reduciéndola a la situación infantil; lo que sucede es que la cantidad correspondiente de libido se desplaza de lo anal a lo genital. Así es como tiene lugar la progresión desde la pregenitalidad hasta la primacía genital. En la reducción de la transferencia genital a la situación primordial, ya no puede producirse tal desplazamiento cualitativo, pues la etapa genital representa la etapa más elevada. La única posibilidad es aquí una "transferencia de la transferencia" a un objeto real.

En este proceso, encontramos a menudo considerables dificultades, particularmente en pacientes del sexo opuesto, en forma de una adherencia de la libido que a menudo imposibilita una separación durante

meses enteros. Investigando las razones de esta adherencia, se pone de manifiesto lo siguiente:

1. *Sentimientos de culpa sin resolver*, correspondientes a impulsos sádicos hacia un objeto infantil, impulsos que no han llegado a hacerse plenamente conscientes.

2. *Una secreta esperanza* de que el analista accederá después de todo a las demandas de amor del paciente. Debemos estar alertas para sorprender esta esperanza, pues casi nunca los pacientes la expresan en forma espontánea.

3. Un resto de *fijación infantil, no genital, al analista como representante de la madre protectora*. Aquí es donde se aplica, en numerosos casos, el concepto de Rank de la situación analítica como situación fantaseada del útero materno. Así como el análisis de la fijación debida a los sentimientos de culpa elimina los últimos restos de impulsos sádicos, en la misma forma el análisis de esa adherencia debida a la fijación materna infantil elimina los restos de una fijación libidinal de índole pregenital.

4. Finalmente, encontramos en estas últimas etapas del análisis, particularmente en muchachas jóvenes y en mujeres infelices en sus matrimonios, un gran temor a la vida sexual, en parte bajo la forma de un temor primitivo al coito, en parte bajo la forma de una adhesión a las normas sociales de la ideología monógama y de la exigencia de castidad. Esta última, en especial, exige el más minucioso análisis. Por lo común, el análisis muestra una fuerte identificación con la madre monógama o con la madre que exige castidad, o un sentimiento de inferioridad respecto a la función sexual femenina. Existe además el temor —plenamente racional— a las dificultades que presenta la vida sexual en una sociedad en la cual la sexualidad está tan vilipendiada. En los hombres, la dificultad consiste con frecuencia en que una vez adquirida la capacidad de concentrar en un solo objeto tanto el cariño como la sensualidad, también son incapaces de relación sexual con prostitutas o mantenidas. Si no contraen matrimonio de inmediato, les resulta muy difícil descubrir una compañera sexual que satisfaga al mismo tiempo las necesidades de cariño y las necesidades sexuales.

Estas y muchas otras circunstancias dificultan sobremanera la separación del paciente respecto del analista, tornándola muy difícil. Sucede a menudo que el paciente satisface su sensualidad con un objeto a quien no ama o, mejor dicho, a quien no puede amar, pues su cariño se halla ligado al analista. Si bien esta fijación dificulta la correcta elección de objeto durante el análisis, se aprecian los mejores resultados si el paciente encuentra su adecuado objeto sexual antes de terminar el análisis. Esto presenta la gran ventaja de que podemos observar la conducta en la nueva relación, y podemos analizar posibles residuos neuróticos.

Si el descubrimiento de un objeto durante el análisis no tiene lugar demasiado pronto, esto es, no *antes* de haber elaborado la transferencia positiva, y si cuidamos de evitar toda influencia de nuestra parte sobre el paciente, como sería por ejemplo urgirle a una elección de objeto,

entonces tal terminación del tratamiento presenta ventajas indiscutibles. En cambio, afrontaremos ahora dificultades de índole social; estas dificultades se analizan en otra parte.³

5. NOTA SOBRE LA CONTRATRANSFERENCIA

Es fácil apreciar que la individualidad del terapeuta es un factor más o menos importante, según el caso individual. El analista debe sintonizar su propio inconsciente, como si fuese un aparato receptor, con el del paciente, y debe encarar el análisis de cada paciente conforme a la individualidad del mismo. Esto se vincula con el conocimiento teórico y práctico del analista sólo en la medida en que su receptividad del inconsciente del paciente y su capacidad para adaptarse a cualquier situación analítica, le capaciten para ampliar y profundizar su conocimiento teórico y práctico.

Primero debemos corregir un posible mal entendido. Freud recomendaba una actitud sin inclinaciones hacia uno u otro lado, una actitud en la que uno se deja sorprender por cada nuevo giro del análisis. Esto parece diferir de nuestra demanda de un análisis sistemático de las resistencias, y de deducir la técnica especial a partir de la estructura individual del paciente. ¿Cómo, nos preguntaremos, puede uno adoptar una actitud pasiva, receptiva, imparcial, y al mismo tiempo proceder de manera lógica y sistemática?

La contradicción es sólo aparente. Si hemos desarrollado la actitud preconizada por Freud, el manejo de las resistencias y de la transferencia se producirá automáticamente como reacción al proceso que tiene lugar en el paciente, sin pensar mucho en la estructura del caso. Así por ejemplo, si se presenta al mismo tiempo material de diferente valor dinámico, proveniente de distintos estratos, escogeremos espontáneamente aquél de mayor importancia desde el punto de vista dinámico; sin pensar mucho, analizaremos la defensa yoica *antes* de los contenidos reprimidos, etc. La necesidad de dedicar muchas reflexiones a la estructura del caso y a las medidas técnicas, indica siempre que el paciente presenta un tipo nuevo y poco usual, o bien que el propio inconsciente del analista está bloqueado en cierta forma contra el material presentado por aquél. Ciertamente es que, como dijera Freud, debemos siempre esperar lo inesperado, pero también debemos ser capaces de ubicarlo en el contexto total del proceso terapéutico. Si el análisis se ha desarrollado desde un comienzo conforme a la estructura del caso, mediante el correcto manejo de las resistencias transferenciales; si además hemos evitado confundir la situación mediante interpretaciones prematuras y

³ Cf. *Geschlechtsreife, Enthaltensamkeit, Ehemoral*, 1930, y *Der sexuelle Kampf der Jugend*, 1931.

Nota del traductor de la versión inglesa: Una segunda edición del primero de estos dos libros apareció en 1936 bajo el título *Die Sexualität im Kulturkampf*. La traducción inglesa de esta obra se titula *The Sexual Revolution*, Orgone Institute Press, 1945.

demasiado profundas, entonces el nuevo material se adapta a ese contexto por sí mismo. La razón más importante para que así sea es que el material inconsciente no surge al azar, sino siguiendo una sucesión determinada por el análisis mismo. Tal es el caso sólo en un análisis sistemático de las resistencias.

Quizá las discusiones técnicas de casos, que pueden ser sólo intelectuales, nos den la impresión errónea de que el trabajo carácter-analítico es el resultado de una disección intelectual del caso durante el tratamiento. El tratamiento, sin embargo, se apoya en gran medida en la comprensión y en la acción intuitivas. Una vez superada la tendencia bien típica del principiante a “vender” de inmediato su conocimiento del caso, si uno se deja ir libremente se habrá establecido la base esencial para el trabajo analítico.

Esta capacidad del analista de volcarse libremente en el trabajo en lugar de aferrarse a su conocimiento intelectual, la capacidad de captar el caso individual mismo, depende, como es lógico, de ciertas condiciones de índole caracterológica, así como la capacidad del paciente para volcarse en el análisis depende del grado en que se ha ablandado su coraza caracterológica.

Sin entrar a discutir todo el complejo de cuestiones pertinentes, ilustraremos el problema de la *contratransferencia* con algunos ejemplos típicos. El curso que sigue un caso revela por lo común dónde falla la actitud del analista, vale decir, dónde se halla perturbada por sus propias dificultades. En muchos pacientes que nunca producen una transferencia efectiva negativa, esto no se debe tanto a su propio bloqueo como al del terapeuta. Si el analista no ha resuelto la represión de sus propios impulsos agresivos, no podrá resolverla en forma satisfactoria en sus pacientes; quizá llegue incluso a desarrollar una aversión afectiva hacia una valoración intelectual correcta del análisis de la transferencia negativa. En tales casos, la oculta agresión del paciente significa provocar la agresión reprimida del analista. Este se sentirá inclinado a pasar por alto las tendencias negativas de aquél, impedirá en una u otra forma su manifestación abierta, o bien llegará incluso a reforzar la represión de esas tendencias mediante una exagerada amabilidad hacia el paciente. Los enfermos captan con gran rapidez estas actitudes del analista y las utilizan con fines de defensa. El bloqueo afectivo o la conducta aprensivamente supercortés por parte del analista, son los indicios más importantes de la agresión reprimida de su parte.

La contraparte está en la incapacidad de tolerar las manifestaciones sexuales del paciente, su transferencia positiva. Los análisis de control revelan que el temor del analista a las manifestaciones sensuales del paciente no sólo obstaculiza seriamente el tratamiento, sino que a menudo impide a aquél desarrollar en la transferencia sus demandas de amor genital. Si el analista no es sexualmente sano, o si no tiene por lo menos en el plano intelectual una actitud inequívocamente afirmativa ante lo sexual, el análisis sufrirá sin poder evitarlo. Va implícito en todo esto que sin experiencias sexuales propias, no podemos comprender las

dificultades reales existentes en la vida sexual de un paciente. Uno de los requisitos más importantes de un análisis de adiestramiento debe ser, por lo tanto, que los analistas jóvenes llenen por lo menos el mismo requisito que el paciente: establecimiento de la primacía genital y de una vida normal, sana y satisfactoria. El analista sexualmente perturbado o insatisfecho no sólo encuentra mayores dificultades en el manejo de su contratransferencia positiva y quizá deba reprimir sus propios impulsos; tampoco podrá, en última instancia, soportar la provocación de sus propias demandas sexuales por parte de las manifestaciones sexuales del paciente y se verá inevitablemente envuelto en dificultades neuróticas. A este respecto, el trabajo terapéutico nos plantea las más elevadas exigencias; no tendría sentido negarlas. No importa que el analista reconozca o niegue estas dificultades en sí mismo; todo paciente percibirá la inconsciente negación del sexo en el analista y como resultado de ello será incapaz de desembarazarse de sus inhibiciones sexuales. Pero las consecuencias de tales actitudes van mucho más allá. El analista puede vivir según lo que él cree correcto, pero si adhiere —*inconscientemente*— a principios moralistas rígidos que el paciente siempre percibe, si, por ejemplo, ha reprimido en sí mismo *sin saberlo*, la conducta polígama o ciertos tipos de juego amoroso, no será apto para sus pacientes y se inclinará a acusar al enfermo de conducta “infantil” cuando tal conducta quizá sea en sí misma perfectamente normal.

Los analistas que experimentan la transferencia de sus pacientes en forma esencialmente narcisista, tienden a interpretar todo enamoramiento real como enamoramiento del analista. Por la misma razón, a menudo la crítica y la desconfianza del paciente no se manifiesta en forma abierta.

Los analistas incapaces de controlar su propio sadismo caen fácilmente en el famoso “silencio analítico”. Para ellos, el enemigo no es la neurosis del paciente sino éste mismo, que “no quiere mejorar”. Las amenazas de interrumpir el análisis a menudo se deben no tanto a la falta de conocimiento técnico cuanto a la falta de paciencia, falta que —por supuesto— ejerce su efecto sobre la técnica.

Por último, es un error interpretar la regla analítica general de que uno debe ser para el paciente como una pantalla en blanco sobre la cual proyecta sus transferencias, en el sentido de que débese adoptar, siempre y en todos los casos, una actitud como de momia, totalmente pasiva. En estas circunstancias, pocos pacientes pueden “derretirse” y ello conduce a medidas artificiales, no analíticas. Debe quedar en claro que encaramos el tratamiento de un paciente agresivo de una manera distinta que el de uno masoquista; el de un histérico hiperactivo, en forma distinta al de uno depresivo; que cambiamos nuestra actitud ante el mismo paciente conforme a la situación; en pocas palabras, que no nos comportamos de manera neurótica, aunque tengamos que hacer frente a algunas dificultades neuróticas en nosotros mismos.

Uno no puede renunciar a la propia individualidad, hecho que tendremos en cuenta en la elección de pacientes. Pero debemos confiar en que esta individualidad no sea un factor de perturbación y que el

análisis didáctico establezca el mínimo necesario de plasticidad en el carácter.

En resumen, las demandas que deben plantearse al analista son tan grandes como las dificultades encontradas en la práctica. El analista deberá saber que su labor está en conflicto con la mayoría de las posiciones defendidas a ultranza por la sociedad conservadora, y que por tal motivo se verá expuesto a la enemistad, al desprecio y a la calumnia —a menos que prefiera, a costa de sus convicciones teóricas y prácticas, hacer concesiones a un orden social que se opone en forma directa e insoluble a las demandas de la terapia de las neurosis.

SEGUNDA PARTE

TEORIA DE LA FORMACION DEL CARACTER

Hasta ahora, hemos seguido en la exposición el camino señalado por nuestra práctica analítica. Nuestro punto de partida fué el interrogante relativo al principio económico de la terapia analítica; esto condujo a los problemas de la "barrera narcisista" encontrados en el análisis del carácter, a la solución de ciertos problemas técnicos y a nuevos interrogantes teóricos. El estudio de algunas historias clínicas puso de manifiesto el hecho de que la coraza narcisista tiene una vinculación típica con los conflictos sexuales infantiles. Si bien esto corresponde en su totalidad a nuestras esperanzas analíticas, nos impone la tarea de seguir estas vinculaciones en todos sus pormenores. También hemos visto que los cambios sufridos en el curso del tratamiento por las actitudes patológicas del carácter, siguen un curso definido. Es la evolución desde la estructura neurótica a otra caracterizada por el establecimiento de la primacía genital; por este motivo, la denominamos "carácter genital". Por último, tendremos que describir ciertos caracteres típicos. Uno de entre ellos, el carácter masoquista, llevará a una crítica de una más reciente teoría analítica de los instintos.

CAPÍTULO VII

EL DOMINIO CARACTEROLOGICO DEL CONFLICTO SEXUAL INFANTIL ¹

La investigación psicoanalítica está en posición de aportar a la caracterología puntos de vista fundamentalmente nuevos y, basados en éstos, nuevos descubrimientos. Tres de sus características hacen posible tal aportación:

1) Su teoría de los mecanismos inconscientes; 2) su punto de vista genético, histórico; 3) su comprensión de la dinámica y la economía del comportamiento psíquico.

Penetrando desde las manifestaciones fenoménicas hasta su indole y desarrollo, y apreciando los procesos de la "personalidad profunda" en cortes longitudinales y transversales, la investigación psicoanalítica abre automáticamente el camino hacia el ideal de la investigación caracterológica: una "tipología genética". Esta podría aportar no sólo la comprensión científico-natural de los modos humanos de reacción, sino también de su historia evolutiva específica. El mérito de haber sacado la investigación caracterológica del dominio de la llamada *Geisteswissenschaft* en el sentido que le confiere Klages, y de hacer de ella una parte de la psicología científico-natural, sería ya, por sí solo, algo que no puede subestimarse. Pero la investigación clínica de este campo no es sencilla; por lo tanto, se impone una aclaración preliminar de los hechos a exponer.

I. CONTENIDO Y FORMA DE LAS REACCIONES PSÍQUICAS

Al estudiar el carácter, desde sus mismos comienzos el psicoanálisis abrió nuevos caminos correspondientes a sus métodos. Primero, Freud ² descubrió que determinados rasgos de carácter deben ser explicados históricamente como derivados y continuaciones, socialmente condicionados, de los impulsos instintivos primitivos; así por ejemplo, la parsimonia, la pedantería y el orden excesivo son derivados de impulsos anal-eróticos. Con posterioridad, fueron en particular Jones ³ y Abraham ⁴ quienes

¹ Leído por primera vez en una reunión de la Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft, Dresden, 28 de setiembre de 1930.

² Freud, "Charakter und Analerotik", *Ges. Schr.*, t. V.

³ Jones, "Über analerotische Charakterzüge". *Internat. Zeitschr. f. Psychoan.*, 5, 1919.

⁴ Abraham, *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*. Internat. Psychoan. Verlag, 1924.

agregaron descubrimientos fundamentales a la caracterología, reduciendo los rasgos de carácter a sus bases instintivas infantiles (por ejemplo, la envidia y la ambición, al erotismo uretral). En estos primeros intentos caracterológicos, se trataba de explicar la *base instintiva* de los rasgos individuales de carácter. Los problemas planteados por las demandas de la práctica cotidiana van sin embargo mucho más lejos. Nos vemos frente a la siguiente disyuntiva: o bien histórica y dinámico-económicamente comprendemos el *carácter como una formación total*, tanto en general como en sus variaciones tipológicas, o bien debemos renunciar a la posibilidad de éxito en no pocos casos, en los cuales la principal tarea terapéutica consiste en eliminar la base carácter-neurótica de reacción.

Durante el análisis el carácter del paciente, en forma de su modalidad de reaccionar típica, se convierte en la resistencia más importante contra la revelación del inconsciente (*resistencia caracterológica*). Puede demostrarse que esta función del carácter durante el tratamiento, refleja su desarrollo: las circunstancias que en la vida cotidiana y en el análisis dan nacimiento a la reacción típica de un individuo, son las mismas que condicionaron en su origen la formación del carácter, que mantuvieron el modo típico de reacción una vez establecido, e hicieron de él un mecanismo automático, independiente de la voluntad consciente.

Nuestro problema no es pues el contenido o la naturaleza de tal o cual rasgo de carácter, sino el origen y el operar significativo del modo típico de reacción en general. Hasta ahora, hemos podido comprender genéticamente los contenidos de la experiencia, los síntomas neuróticos y los rasgos de carácter. Ahora llegamos a un esclarecimiento del problema formal, de la manera en que tiene lugar una experiencia y en que se producen los síntomas neuróticos. Esto prepara el camino para una comprensión de lo que podríamos denominar el *rasgo básico de una personalidad*.

En sentido popular, se califica a las personas de duras y blandas, soberbias y humildes, frías y cálidas, etc. El análisis de estos diferentes caracteres demuestra que se trata simplemente de formas distintas de la *coraza yoica* contra los peligros que amenazan desde el mundo exterior y desde los impulsos interiores reprimidos. La cortesía exagerada en una persona no está menos motivada por la angustia que el comportamiento áspero y brutal en otra. La diferencia consiste sólo en que influencias ambientales distintas condujeron a la primera a solucionar su angustia de una manera y a la segunda, de una manera distinta. Cuando hablamos de clasificaciones clínicas como caracteres pasivo-femeninos, paranoideo-agresivos, compulsivos, histéricos, fálico-narcisistas, etc., hemos caracterizado en líneas generales diferentes tipos de reacción. La tarea consiste ahora en comprender no sólo la "formación caracterológica" en general, sino también las condiciones fundamentales que conducen a tal diferenciación típica.

2. FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN CARACTEROLÓGICA

La pregunta siguiente es qué es lo que produce la formación del carácter. A fin de darle respuesta, debemos primero recordar algunos atributos de las reacciones caracterológicas en general. El carácter consiste en una alteración *crónica* del yo, a la que podríamos calificar de rigidez. Es la base de la cronicidad del modo de reacción característico de una persona. Su significado es la protección del yo contra peligros exteriores e interiores. Como mecanismo de protección que se ha hecho crónico, puede denominársele con todo derecho una *coraza*. Esta coraza significa inevitablemente una disminución de la movilidad psíquica total, disminución mitigada por relaciones con el mundo exterior, no condicionadas por el carácter y, por ello, atípicas. Existen en la coraza "brechas" a través de las cuales se envían al exterior y se retraen, como pseudopodios, intereses libidinales y de otros tipos. Sin embargo, debe concebirse la coraza como algo móvil. Opera conforme al principio del placer-displacer. En situaciones poco placenteras, la coraza aumenta; en situaciones placenteras, disminuye. El grado de movilidad caracterológica, la capacidad de abrirse a una situación o de cerrarse ante ella, constituye la diferencia entre la estructura de carácter sana y la neurótica. Prototipos de un acorazamiento patológicamente rígido son el carácter compulsivo con bloqueo afectivo y el autismo esquizofrénico, que tienden hacia la rigidez catatónica.

La coraza caracterológica se desarrolló como resultado crónico del conflicto entre las demandas instintivas y el mundo exterior frustrante; los conflictos presentes que continúan entre instinto y mundo exterior, le dan fuerza y razón para su existencia. Es la sumatoria de estas influencias del mundo exterior sobre la vida instintiva la que, en virtud de su similitud, constituye una unidad histórica. Bástenos pensar en conocidos tipos caracterológicos tales como "el burgués", "el funcionario", "el proletario", etc. El lugar donde se forma la coraza es el yo, esa parte de la personalidad que constituye el límite entre la vida instintiva y el mundo exterior. Podemos llamarla, por lo tanto, el carácter del yo.

En el comienzo de la formación final del carácter, el análisis siempre pone de manifiesto el conflicto entre los deseos de incesto genital y su frustración real. La formación del carácter comienza como una forma definida de solución al complejo de Edipo. Las condiciones que conducen a esta forma particular de la solución de conflictos, son específicas de la formación del carácter. (Estas condiciones corresponden a las condiciones sociales de hoy día y a su influencia sobre la sexualidad infantil. Con el cambio de estas condiciones sociales, cambiarán también las condiciones de la formación del carácter y, con ello, las estructuras caracterológicas). Pues hay también otras maneras de resolver el complejo de Edipo, que determinan la futura personalidad en menor grado, tales como la simple represión o la formación de una neurosis infantil. Lo que estas condiciones de la formación del carácter tienen en común son

los intensos deseos genitales y un yo relativamente débil que por miedo al castigo se protege en primer lugar mediante las represiones. La represión conduce a una contención de los impulsos. A su vez, esto amenaza a la simple represión con una irrupción del impulso reprimido. Esto conduce a una alteración del yo, pongamos por caso, al desarrollo de actitudes aprensivas, de timidez. Tal actitud, es cierto, significa una limitación del yo, mas también un fortalecimiento del mismo, pues presenta una protección contra situaciones que provocarían a los impulsos reprimidos.

Esta primera alteración del yo, tal la timidez, no basta para dominar el instinto; por el contrario, lleva al desarrollo de la angustia y constituye siempre la base de la fobia infantil. A fin de mantener la represión, es necesaria otra alteración del yo. Las represiones deben consolidarse, el yo debe endurecerse, la defensa debe adoptar una índole crónicamente activa, automática. Además, lo reprimido se manifiesta en la angustia infantil que aparece al mismo tiempo, y la angustia misma amenaza debilitar al yo; por este motivo, debe formarse también una protección contra la angustia. El motivo oculto tras todas estas medidas del yo es el temor consciente o inconsciente al castigo, temor que como sabemos se mantiene constantemente vivo por la conducta real de padres y educadores.

El endurecimiento del yo tiene lugar esencialmente a base de tres procesos:

1. Identificación con la realidad frustrante, en especial con la persona principal que representa a esta realidad. Este proceso da a la coraza sus contenidos significativos. Así por ejemplo, el bloqueo afectivo de un paciente compulsivo tenía el siguiente significado: "Debo practicar el autocontrol, como siempre me decía mi padre". Al mismo tiempo, significaba: "Debo conservar mis posibilidades de placer y por lo tanto llegar a mostrar indiferencia hacia mi padre".

2. La agresión movilizadaj contra la persona frustrante, que produjo angustia, se vuelve contra el propio ser. Este proceso inmoviliza la mayor parte de las energías agresivas, las bloquea y las aleja de la expresión motriz, creando así el aspecto inhibitorio del carácter.

3. El yo forma actitudes reactivas hacia los impulsos sexuales y utiliza las energías de estas actitudes para hacer a un lado esos impulsos. Este proceso priva de ciertas cantidades de libido a los impulsos libidinales reprimidos, disminuyendo su capacidad de irrupción a través de la coraza.

La coraza del yo se produce pues como resultado del temor al castigo, a costa de energías del ello, y contiene las prohibiciones de las primeras etapas de la educación. De este modo, la formación caracterológica sirve a la finalidad económica de aliviar la presión de lo reprimido y de fortalecer el yo. Pero todo el proceso tiene también otro aspecto. Mientras la coraza logra buenos resultados, por lo menos durante un tiempo, contra las fuerzas interiores, significa al mismo tiempo un aislamiento de alcances más o menos vastos contra estímulos procedentes del

exterior y contra ulteriores influencias de la educación. Esto no excluye una sumisión externa, salvo en casos de abierta terquedad. No debe pasarse por alto el hecho de que la complacencia superficial, como se ve por ejemplo en el carácter pasivo-femenino, puede combinarse con una tenaz resistencia interna. Además, la coraza puede desarrollarse en la superficie de la personalidad, o en su profundidad. En el caso de una coraza profundamente asentada, el aspecto manifiesto de la personalidad no es la real expresión de la misma, sino sólo una expresión aparente. La coraza superficial es típica del carácter compulsivo con bloqueo afectivo y del carácter paranoideo-agresivo; la coraza profunda es típica del carácter histérico. La profundidad de la coraza depende de las condiciones de regresión y fijación, y es una cuestión de detalle en el problema de la diferenciación caracterológica.

La coraza caracterológica es, por una parte, *resultado* del conflicto sexual infantil y un modo de resolverlo. Por otra parte, también llega a ser la *base* de posteriores conflictos neuróticos y neurosis sintomáticas; se convierte en la *base carácter-neurótica de reacción*. Esto se discutirá con cierto pormenor más adelante; aquí, sólo expondré un breve resumen de los hechos pertinentes:

El requisito previo de una enfermedad neurótica posterior es una estructura de carácter que no admita el establecimiento de una regulación de la energía basada en la economía sexual. El factor patógeno básico no es, por consiguiente, el conflicto sexual infantil y el complejo de Edipo como tal, sino la manera en que estos conflictos se resolvieron. Esta solución, sin embargo, está en gran medida determinada por la índole del conflicto familiar mismo, esto es, por cosas tales como la intensidad del temor al castigo, el grado en que se permite la gratificación de los instintos, el carácter de los padres, etc. Por este motivo, el desarrollo del niño hasta y durante la fase edípica, determina si la evolución ulterior desembocará en una neurosis o en una regulación de las energías basada en la economía sexual, única que brinda una base para la potencia social y sexual.

La presencia de la base carácter-neurótica de reacción significa que el yo es a tal punto rígido que hace imposible una vida sexual ordenada y una experiencia sexual plena. Como resultado, la contención de la energía sexual, la estasis sexual, no sólo se hace permanente sino que aumenta en forma continua. La consecuencia siguiente es el creciente desarrollo de formaciones reactivas tales como la ideología ascética. En un círculo vicioso, esto aumenta la estasis, lo cual lleva a su vez a nuevas formaciones reactivas. Sin embargo, la estasis crece siempre con mayor rapidez que el proceso de acorazamiento, hasta que por último las formaciones reactivas ya no pueden mantener en jaque a la tensión. Ahora, los deseos sexuales reprimidos irrumpen a través de la coraza y son inmediatamente disimulados mediante la formación de síntomas.

En este proceso neurótico, las diversas posiciones de defensa del yo se penetran mutuamente y se eslabonan entre sí; así, en el corte transversal de la personalidad hallamos reacciones caracterológicas que desde

el punto de vista evolutivo pertenecen a diferentes períodos del desarrollo. En la fase del derrumbe final del yo, este corte transversal se asemeja a una zona de un país afectado por una erupción volcánica que produce diversos estratos geológicos en completo desorden. Con todo, en este desorden es posible encontrar el significado cardinal y el mecanismo de todas las reacciones caracterológicas; una vez hallados y comprendidos, suministran el camino más corto para llegar al conflicto infantil central.

3. CONDICIONES DE LA DIFERENCIACIÓN CARACTEROLÓGICA

¿Qué condiciones pueden discernirse en el estado actual de nuestro conocimiento, para el establecimiento de una coraza sana y de una coraza patológica? Mientras no podamos dar respuestas concretas a esta pregunta, que señalen nuevos caminos en la educación, nuestra investigación caracterológica seguirá siendo una teoría estéril. Considerando nuestro orden sexual actual, los resultados de tal investigación son altamente inconvenientes para el educador que desea educar a las personas con miras a alcanzar la felicidad y la salud.

Para comenzar, debe señalarse que la formación del carácter no depende sólo de que el instinto y la frustración crean un conflicto; también depende de la índole de este conflicto, del período en el cual tienen lugar los conflictos de formación del carácter, y de cuáles son los impulsos involucrados en ellos. Si tratamos, con fines de orientación, de esbozar un esquema de las condiciones que intervienen, encontramos las siguientes posibilidades. El resultado de la formación del carácter depende de los siguientes factores:

El momento en el cual se frustró un impulso.

El alcance y la intensidad de la frustración.

Contra qué impulsos se dirigió la frustración central.

La relación entre la tolerancia y la frustración.

El sexo de la principal persona frustrante.

Las contradicciones de las frustraciones mismas.

Todas estas condiciones están determinadas por el orden social de la educación, la moral y la gratificación de las necesidades, esto es, en último análisis, por la estructura económica de la sociedad en un momento determinado.

El objetivo de una futura prevención de las neurosis sólo podrá ser crear estructuras de carácter que permitan la movilidad social y sexual necesaria para una buena economía psíquica. Por este motivo, primero debemos tratar de comprender los resultados de toda negación de gratificación instintiva en el niño.

Toda frustración del tipo de las medidas educacionales actuales deriva en un retraimiento de libido del exterior, esto es, en una intensificación del narcisismo secundario;⁵ esto ya altera el carácter en el sentido de

⁵ *Nota de 1945:* Según la biofísica orgónica, diríamos: la frustración duradera de las necesidades primarias, naturales, conduce a una contracción crónica del biosis-

una exacerbación de la sensibilidad que se expresa, pongamos por caso, en timidez o aprensión. Si, como sucede por lo general, la persona frustradora era alguien a quien el niño quería, éste desarrolla una actitud ambivalente que lleva a una identificación: además de la negación, el niño adopta también ciertos rasgos del carácter de esa persona, específicamente aquéllos dirigidos contra el impulso en cuestión. El resultado final, en lo que se refiere al impulso, es su represión o algún otro tipo de desenlace neurótico.

El efecto de la frustración, en lo que al *carácter* se refiere, difiere según la época en la cual el impulso deba hacerle frente. En una etapa temprana de desarrollo instintivo, la frustración deriva en una represión que logra éxito absoluto. Ciertamente es la victoria sobre el impulso es completa, pero como resultado de esto, no se cuenta con las energías del impulso para la sublimación, y tampoco para la gratificación consciente. Una represión demasiado temprana del erotismo anal, por ejemplo, impide el desarrollo de las sublimaciones anales y sienta las bases para severas formaciones reactivas anales. Más importante desde el punto de vista del carácter es que la desvinculación de los impulsos respecto de la personalidad total, da como resultado un deterioro de la actividad total. Esto se ve fácilmente, por ejemplo, en los niños cuya agresión y placer en la actividad motriz se vieron inhibidos en una época muy temprana. Esto da como resultado, más tarde, una disminución de la capacidad de trabajo.

Por otra parte, una vez plenamente desarrollado un impulso, ya no puede ser reprimido en forma total. En esta etapa, una negativa puede producir sólo un conflicto *insoluble* entre el acicate instintivo y la prohibición. Si el impulso plenamente desarrollado se encuentra con una frustración repentina y desusada, queda asentado el cimiento para el desarrollo de un carácter impulsivo.⁶ El niño no adopta plenamente la prohibición, pero desarrolla no obstante intensos sentimientos de culpa; éstos, a su vez, confieren a los actos impulsivos el carácter de impulsos compulsivos. Así encontramos en los psicópatas impulsivos una estructura de carácter en gran parte no formada, lo opuesto de un acorazamiento cabal hacia el interior y el exterior. En los caracteres impulsivos, no son las formaciones reactivas las que se usan como defensa contra los impulsos; por el contrario, los impulsos mismos, en especial los sádicos, se utilizan como defensa contra peligros imaginarios, incluyendo el peligro que amenaza desde los impulsos. Dado que la estructura genital desorganizada impide una economía libidinal ordenada, la estasis sexual incrementa la angustia y las reacciones caracterológicas, y a menudo conduce a excesos de todo tipo.

Lo opuesto del carácter impulsivo es el carácter de instintos inhibidos. El primero muestra en su historia el impacto de un instinto

tema (coraza muscular, simpaticotonía, etc.). El conflicto entre el impulso primario inhibido y la coraza, lleva a la formación de impulsos secundarios, antisociales (sadismo, etc.). Los impulsos biológicos primarios irrumpen a través de la coraza; al hacerlo, se convierten en impulsos destructivo-sádicos.

⁶ Cf. Reich, *Der triebhafte Charakter*, Internat. Psychoan. Verlag, 1925.

plenamente desarrollado y de una repentina frustración; el segundo, la frustración constante, desde el principio hasta el fin, del desarrollo instintivo. Correspondientemente, la coraza caracterológica tiende a ser rígida, disminuye sobremanera la movilidad psíquica del individuo y forma la base de reacciones depresivas y de síntomas compulsivos que corresponden a la agresión inhibida; por otra parte —y éste es su significado sociológico— vuelve a las personas sumisas y las priva de facultades críticas.

Lo más significativo para determinar el tipo de vida sexual ulterior es el sexo y el carácter de la persona que ejerce las principales influencias educativas. Las influencias que una sociedad autoritaria ejerce sobre el niño son sumamente complicadas; las reduciremos aquí al hecho de que el padre y la madre son los órganos ejecutivos esenciales de esta influencia social. La actitud sexual —por lo común inconsciente— de los padres ante los hijos da como resultado que el padre prefiera a la hija y la madre, al hijo; en consecuencia, también los restringen menos. Por este exclusivo motivo, la regla es que el progenitor del mismo sexo es el que ejerce la principal influencia educativa. Es cierto, durante los primeros años de la vida del niño, y entre las masas de población obrera, esta relación se desplaza hacia la madre como persona principal en la educación. No obstante, la identificación con el progenitor del mismo sexo es la predominante: la hija desarrolla un yo y un superyó según el de su madre y el hijo, según el del padre. Las constelaciones familiares especiales o los rasgos de carácter de los padres dan como resultado frecuentes excepciones a esta regla. Discutiremos algunos de los antecedentes típicos para tales identificaciones atípicas.

En primer lugar nos referiremos al varón. Por lo común, esto es, si ha desarrollado un complejo de Edipo simple, si su madre le quiso más y le frustró menos que el padre, se identificará con éste. A condición de que el padre mismo haya sido de carácter masculino activo, el hijo se desarrollará en dirección de la actividad masculina. Si en cambio la madre fué una personalidad estricta, “masculina”, si las principales frustraciones se originaron en ella, el muchacho se identificará en gran parte con ella. En este caso, dependiendo de la etapa de desarrollo libidinal durante la cual afrontó la principal frustración materna, desarrollará *una identificación con la madre, ya sea sobre base fálica o anal*.

Sobre la base de una identificación materna fálica, resultará por lo común un carácter fálico-narcisista, cuyo narcisismo y sadismo están dirigidos especialmente hacia las mujeres (venganza contra la madre estricta). Esta actitud es la defensa caracterológica contra el profundamente reprimido amor original a la madre, que no pudo seguir existiendo frente a su influencia frustrante y por eso terminó en decepción. Dicho de manera más exacta, este amor se transformó en la actitud caracterológica, de la cual puede volver a liberarse analíticamente.

En el caso de una identificación con la madre sobre base *anal*, se desarrolla un carácter femenino que no manifiesta esta actitud hacia los hombres sino hacia las mujeres. Tal carácter es a menudo la base

de una perversión masoquista con la fantasía de una mujer estricta. Esta formación caracterológica sirve por lo general para evitar los deseos fálicos dirigidos en la infancia —durante un periodo breve, pero en forma intensa— hacia la madre. En estos casos, existe el temor a la castración, con la *madre* como persona castradora; esto intensifica la identificación anal con ella. La base erógena de esta formación caracterológica es, específicamente, la analidad.

El carácter pasivo-femenino en el hombre se basa siempre en una identificación con la madre. En el tipo que se acaba de mencionar, la madre es la persona frustrante y por ello es también el objeto del temor y de la conducta pasiva por éste ocasionada. Existe sin embargo otro tipo de carácter pasivo-femenino, desarrollado sobre la base de una exagerada severidad del *padre*. En este caso el muchacho, con miedo de satisfacer sus deseos genitales, renuncia a su posición masculino-fálica y se retira a la posición femenino-anal, en la cual se identifica con la madre, desarrolla una actitud pasivo-femenina hacia el padre y luego hacia todas las personas dotadas de autoridad. Este tipo se caracteriza por una exagerada cortesía y complacencia, blandura y tendencia a la astucia; esta actitud evita las tendencias masculinas activas y en especial el reprimido odio contra el padre. Si bien tiene una identificación materna en el yo y es así en realidad pasivo-femenino, tiene una identificación con el padre en el superyó y en el ideal yoico, sin ser capaz, sin embargo, de realizar prácticamente esta identificación, debido a la falta de una posición fálica. Siempre *es* femenino y siempre *quiere ser* masculino. Esta tensión entre un yo femenino y un ideal yoico masculino, resulta en un marcado sentimiento de inferioridad y confiere al individuo la impronta del oprimido o humilde. Esto tiene una justificación racional en una severa perturbación de la potencia, siempre presente en estos casos.

Comparando este tipo con el de la identificación materna fálica, vemos que el carácter fálico-narcisista evita con buenos resultados su sentimiento de inferioridad, de modo que resulta visible sólo para el observador experto, mientras el carácter pasivo-femenino revela abiertamente ese sentimiento. La diferencia estriba en la estructura erógena básica: la libido fálica permite al individuo compensar en forma completa todas las actitudes que no correspondan al ideal yoico masculino, y en cambio tal compensación es imposible si la libido anal ocupa el centro de la estructura sexual masculina.

Pasemos ahora a la niña. Vemos aquí, a la inversa, que un padre que ejerce escasa frustración contribuirá más a la formación de un carácter femenino que un padre severo o brutal. La reacción típica de la niña ante un padre brutal es la formación de un carácter masculino, duro. La envidia del pene se activa y conduce, caracterológicamente, a un complejo de masculinidad. En este caso, la coraza masculina-agresiva, dura, sirve como defensa contra la actitud infantil-femenina hacia el padre, que hubo de ser reprimida debido a la dureza y falta de cariño de éste. Si el padre es bondadoso y cariñoso, la muchacha puede con-

servar y desarrollar su amor objetal: no necesita identificarse con el padre. Ciertamente, es probable que también haya adquirido la envidia del pene; pero como no existieron serias frustraciones de las tendencias hétero-sexuales, esa envidia no fué perjudicial en lo que a la formación del carácter se refiere. Vemos entonces que nada significa afirmar que esta o aquella mujer sufren de envidia del pene. Lo que importa es su influencia sobre el carácter o la formación de síntomas. El factor decisivo en este tipo es que tuvo lugar en el yo una identificación con la madre; esta identificación se expresa en esos rasgos de carácter que denominamos "femeninos".

Que esta estructura de carácter pueda conservarse, depende de si en la pubertad el erotismo vaginal llega a formar una base duradera de la feminidad. Los desengaños respecto al padre o a las imágenes paternas, acaecidos a esta edad, pueden dar origen a una identificación masculina que no llegó a materializarse en la infancia, pueden activar la latente envidia del pene e iniciar el cambio del carácter femenino al masculino. Esto se ve a menudo en muchachas que reprimen sus deseos hétero-sexuales por motivos moralistas (identificación con la madre autoritaria y moralista) y que provocan experiencias decepcionales con hombres. En la mayoría de los casos, estos tipos femeninos tienden a desarrollar características histéricas. Encontramos entonces una recurrente aproximación a la genitalidad (coquetería) y retracción de la misma cuando la situación amenaza volverse seria (angustia genital histérica). El carácter histérico desempeña en la mujer la función de una protección contra sus propios deseos genitales y contra la agresión masculina del objeto.

Vemos en el análisis el caso especial de madres severas, duras, cuyas hijas, en términos caracterológicos, no son masculinas ni femeninas; son más bien infantiles. Esas madres brindan a sus hijas demasiado poco cariño, creando así en la criatura un odio ante cuyos peligros se retira a la posición del bebé. El niño odia a la madre en el plano genital, reprime el odio y lo transforma, después de haber adoptado una actitud oral, en amor reactivo y en una dependencia paralizante respecto de aquélla. Estas mujeres desarrollan una actitud peculiarmente pegajosa hacia las mujeres mayores y casadas con quienes se hallan ligadas de manera masoquista; muestran tendencia a la homosexualidad pasiva (y al *cunnilingus* si se desarrolla una perversión); se dejan cuidar por mujeres mayores que ellas, desarrollan muy escaso interés en los hombres y por lo general presentan un comportamiento "de bebé". Esta actitud caracterológica, como cualquiera otra, sirve de coraza contra los impulsos reprimidos y contra los estímulos provenientes del mundo exterior. Es una manera oral de esquivar el odio intenso a la madre, tras el cual resulta a menudo muy difícil descubrir la actitud femenina normal hacia el hombre, la cual también está reprimida.

Hasta aquí hemos subrayado el papel del sexo de la persona frustrante en la medida en que lo presentamos como una influencia "benigna" o "severa". En el niño, sin embargo, la formación del carácter

depende en más de una forma decisiva del carácter de los padres. Con un análisis de alcance suficientemente profundo, puede demostrarse que la mayor parte de lo que la psiquiatría oficial considera "hereditario", es resultado de identificaciones sucedidas en edades muy tempranas.

No negamos la existencia de un factor hereditario en los modos de reacción; hasta el recién nacido tiene su "carácter". Pero sostenemos que el factor decisivo es el ambiente. Este determina si se desarrollará e intensificará una predisposición. El argumento decisivo contra el concepto hereditario del carácter lo constituyen esos pacientes en que el análisis revela que hasta cierta edad tenían determinados modos de reacción y comenzaron a mostrar entonces un desarrollo del carácter completamente distinto; por ejemplo, eran en un comienzo vivaces y luego depresivos, o bien activos y agresivos, y luego callados e inhibidos. Es por cierto probable que determinadas cualidades básicas de la personalidad sean dadas en el nacimiento y permitan alguna modificación. No obstante, por lo general se sobrestima la importancia de los factores hereditarios; ello se debe sin duda al temor inconsciente a toda crítica a la educación, que debe provenir de una correcta valoración de los factores ambientales. Podría decidirse la discusión mediante el experimento colectivo de tomar cien niños por ejemplo, hijos de padres psicópatas, y aislarlos tan pronto nacen, comparando el resultado con el obtenido con otros cien niños que permanecieran en el ambiente psicópata.

Al pasar revista a las estructuras caracterológicas básicas esbozadas hasta ahora, encontramos en todas ellas un elemento común: su formación fué iniciada por los conflictos de la relación padres-hijo; son una manera de hacer frente a esos conflictos y al mismo tiempo de perpetuarlos. A la frase de Freud de que el complejo de Edipo se desvanece como resultado de la angustia de castración, debemos agregar lo siguiente: es cierto, se desvanece, pero vuelve a surgir en forma de reacciones caracterológicas que por una parte perpetúan en forma distorsionada sus características principales y, por otra, constituyen formaciones reactivas contra sus elementos básicos.

Encontramos además que el carácter neurótico, al igual que el síntoma, se presenta como un compromiso, tanto respecto a sus contenidos como respecto a su forma. Contiene al mismo tiempo la demanda instintiva infantil y su defensa contra ella; ésta puede pertenecer a la misma etapa del desarrollo o a una etapa diferente. El conflicto infantil básico subsiste, transformado en actitudes crónicas, en modos crónicos y automáticos de reacción, de los cuales debemos extraer el conflicto infantil.

Estos conocimientos permiten responder a una pregunta planteada en una ocasión por Freud: ¿en qué forma subsiste lo reprimido? Al parecer, aquellas partes de la experiencia infantil que no intervienen en la formación del carácter, se conservan como recuerdos afectivos, y las que intervienen, como modos reales de reacción. Por obscuro que pueda ser este proceso, la continuada existencia de lo reprimido bajo la forma de un tipo específico de comportamiento, no deja lugar a dudas;

pues la terapia analítica logra reducir tales funciones caracterológicas a sus orígenes. Comprendemos ahora por qué en muchos casos de severas neurosis caracterológicas no logramos poner de manifiesto el complejo de Edipo si analizamos sólo los contenidos; la razón es que puede llegarse a él sólo mediante el análisis de los modos formales de reacción.

La discusión de las diferenciaciones caracterológicas que siguen a continuación, basadas en una diferenciación entre los dinamismos específicamente patógenos y los específicamente sanos, dista sobremanera de ser un mero pasatiempo teórico. Está hecha teniendo presente el objetivo de una *teoría de la economía psíquica*, teoría que podría suministrar puntos de apoyo para la educación práctica. La aceptación o el rechazo de una teoría de tal índole dependerán, por supuesto, de la sociedad. La sociedad actual, con su moral negadora del sexo y su incapacidad de asegurar siquiera un mínimo de seguridad material a la masa de sus integrantes, está tan lejos de reconocer esas posibilidades como de aplicarlas en forma práctica. La fijación parental y la prohibición de la masturbación infantil, la exigencia de abstinencia en la pubertad y el estrangulamiento de las necesidades sexuales por obra de la institución del matrimonio compulsivo, todo esto representa exactamente lo opuesto de las condiciones necesarias para una regulación económico-sexual de la energía biológica. El orden sexual actual crea necesariamente la base biológica de las neurosis; la economía sexual y psíquica es incompatible con ese tipo de moral defendida hoy en día con uñas y dientes. Esta es una de las consecuencias inexorables de la investigación psicoanalítica de las neurosis.

CAPÍTULO VIII

CARACTER GENITAL Y CARACTER NEUROTICO. LA FUNCION ECONOMICO-SEXUAL DE LA CORAZA CARACTEROLOGICA

I. CARÁCTER Y ESTASIS SEXUAL

Prestaremos ahora atención a las preguntas de por qué se forma un carácter y cuál es su función económica. El estudio de la función dinámica y del significado de las reacciones caracterológicas, revela que *el carácter es en esencia un mecanismo de protección narcisista*. Así como hoy, pongamos por caso, durante la situación analítica sirve como protección para el yo, así también se desarrolló en otras épocas como mecanismo de protección contra los peligros. Si remontamos el análisis del carácter al período de la formación definitiva del carácter, esto es, a la fase edípica, encontraremos que el carácter se formó bajo la influencia del amenazante mundo exterior y de los impulsos instintivos que luchaban por su expresión.

Es necesario diferenciar aquí nuestros conceptos de los formulados por Alfred Adler sobre la formación del carácter.

a) Adler comenzó su abandono del psicoanálisis y de la teoría de la libido con la tesis de que lo importante no era el análisis de la libido, sino el del carácter nervioso. El postulado de una antítesis entre libido y carácter, y la exclusión de la primera de toda consideración, difería por completo del psicoanálisis. Nuestro punto de partida es el mismo, el funcionamiento significativo de lo que llamamos personalidad total o carácter, pero nuestra teoría y nuestros métodos son totalmente distintos. Al preguntar qué es lo que obliga al organismo psíquico a formar un carácter, nuestro punto de vista es de índole causal; sólo en forma secundaria llegamos a una finalidad. La causa es el *displacer*, la finalidad es protegerse de ese *displacer*. El punto de vista de Adler, en cambio, es finalista.

b) Nosotros tratamos de explicar la formación del carácter desde el punto de vista de la *economía libidinal* y llegamos así a resultados totalmente distintos de los de Adler, quien utiliza el principio de la "voluntad de poder" como explicación y pasa por alto el hecho de que esa "voluntad de poder" y el esfuerzo narcisista individual dependen de los destinos del narcisismo total y de la libido objetal.

c) Las formulaciones de Adler relativas al papel del sentimiento de inferioridad y a sus compensaciones, si bien correctas, no llegan a demostrar la vinculación con los profundos procesos de la libido. Por oposición a Adler, tratamos de comprender y disolver el sentimiento de inferioridad mismo y sus efectos, a través de una comprensión de sus vinculaciones con el proceso libidinal.

Siguiendo la teoría de Lamarck, Freud y Ferenczi distinguieron en la vida psíquica una adaptación autoplástica y otra aloplástica. La segunda significa que a fin de existir, el organismo transforma el medio exterior (técnica, civilización); la primera, que el organismo mismo cambia. En términos biológicos, la formación del carácter es una función autoplástica. En el conflicto entre el instinto y el frustrante medio exterior, y motivado por la angustia proveniente de este conflicto, el organismo erige un mecanismo de protección entre él mismo y el mundo exterior. Consideraremos este proceso, por un momento, no desde el punto de vista dinámico o económico, sino desde el punto de vista tópicó.

El yo, la parte de la personalidad expuesta al mundo exterior, es donde tiene lugar la formación del carácter; se trata de un amortiguador en la lucha entre el ello y el mundo exterior. En interés de su autopreservación el yo, intentando mediar entre ambos campos, introyecta los objetos frustrantes del mundo exterior, que conforman entonces el superyó. La moral del yo, no deriva pues del ello, del organismo narcisista-libidinal; por el contrario, es un cuerpo extraño tomado del amenazante y prohibidor mundo exterior. Según la teoría psicoanalítica de los instintos, en un comienzo nada hay en el organismo psíquico, salvo las más primitivas necesidades basadas en la excitación somática. Entre estas necesidades primitivas por una parte y el mundo exterior por la otra, el yo se desarrolla gradualmente por diferenciación de parte del organismo psíquico. Esto nos recuerda ciertos protozoarios. Existen entre ellos muchos que se protegen del mundo exterior mediante una coraza o concha de material inorgánico. La motilidad de estos protozoarios acorazados se ve considerablemente restringida por comparación con la simple ameba; el contacto con el medio exterior se limita a los pseudopodios que pueden emitir y volver a retraer a través de pequeñas aberturas existentes en la concha. En la misma forma, el carácter del yo puede concebirse como la armadura que protege al ello de la acción del mundo exterior. Según el sentido que le diera Freud, el yo es un elemento estructural. Por carácter entendemos aquí no sólo la manifestación exterior de este elemento, sino también la sumatoria de los modos de reacción específicos de tal o cual personalidad, es decir, un factor determinado en esencia en forma funcional, que se expresa en los modos característicos de hablar, de la expresión facial, de la postura, de la manera de caminar, etc. Este carácter del yo consta de varios elementos del mundo exterior, de prohibiciones, inhibiciones de los instintos e identificaciones de distintos tipos. Los contenidos de la coraza caracterológica son, pues, de origen externo, social. Antes de adentrarnos en la cuestión de qué es lo que mantiene unidos estos contenidos, cuál es el proceso dinámico que consolida la coraza, debemos comprender que si bien el principal motivo para la formación del carácter fué la protección contra el mundo exterior, esto no constituye con posterioridad su función principal. Contra los peligros reales del mundo exterior, el hombre civilizado tiene a su disposición una gran riqueza de medios, las instituciones sociales en todas sus formas. Siendo un organismo altamente desarrollado, cuenta con un aparato muscular para huir o para luchar, y con un

intelecto que le capacita para prever y evitar los peligros. Los mecanismos de protección del carácter entran en acción, y eso es lo típico de ellos, cuando existe la amenaza de un peligro proveniente del interior, de un impulso instintivo. Entonces, es tarea del carácter dominar la angustia estática (angustia actual) causada por las energías de los impulsos a los que se imposibilita la expresión.

La relación entre carácter y represión es la siguiente: la necesidad de reprimir las demandas instintivas da origen a la formación del carácter. Por otra parte, una vez formado, el carácter torna innecesaria una gran cantidad de represión; esto es posible porque las energías instintivas libres en el caso de la simple represión, son absorbidas por las formaciones caracterológicas mismas. En consecuencia, el establecimiento de un rasgo de carácter indica la solución de un problema de represión: o bien hace innecesario el proceso de represión, o bien transforma ésta —una vez establecida— en una formación relativamente rígida, aceptada por el yo. Los procesos de la formación del carácter corresponden así enteramente a la tendencia del yo a producir una unificación de los diferentes esfuerzos psíquicos. Estos hechos explican por qué es tanto más difícil eliminar las represiones que han conducido a la formación de rasgos de carácter bien establecidos, que eliminar las represiones que condujeron a un síntoma.

Existe una relación definida entre el punto de partida de la formación del carácter, es decir, la protección contra peligros reales, y su función final, es decir, protección contra peligros instintivos internos y angustia estática, y absorción de energías instintivas. La evolución desde un estado primitivo hasta la civilización de nuestros días exigió una considerable restricción de la gratificación libidinal, y también de gratificaciones de otros tipos. La evolución humana se ha caracterizado por el aumento de la supresión sexual; en particular, el desarrollo de la sociedad patriarcal fué paralelo a una creciente disrupción y restricción de la genitalidad. Con el progreso de la civilización, el número y la intensidad de los peligros exteriores fueron progresivamente disminuyendo, al menos para el individuo; desde el punto de vista social, los peligros para la vida del individuo han aumentado. Las guerras imperialistas y la lucha de clases compensan sobradamente los peligros de las eras primitivas. A fin de evitar la angustia actual (ocasionada por los peligros externos reales), la gente debió inhibir sus impulsos: la agresión debe sofrenarse aunque la gente esté al borde de la inanición por causa de una crisis económica, y las normas y prejuicios sociales ponen grillos al instinto sexual. Transgredir las normas significa un peligro real, tal como el castigo por el "robo" o la masturbación infantil, la cárcel por el incesto o la homosexualidad. En la medida en que se evita la angustia actual, aumenta la estasis libidinal y, con ella, la angustia estática. La angustia estática y la angustia actual ejercen una acción recíproca: cuanta más angustia actual se evita, tanto más se intensifica la angustia estática, y viceversa. El individuo libre de temores satisface sus marcadas necesidades libidinales aun a riesgo del ostracismo social. Debido a su

carencia de organización social, los animales están más expuestos a las condiciones de la angustia actual; pero salvo en ciertas condiciones de domesticación, no sufren estasis de la energía libidinal.

Hemos mencionado dos principios económicos de la formación del carácter: el *evitar la angustia (actual)* y la *absorción de la angustia (estática)*. Existe un tercero: el principio del placer. La formación del carácter se pone en movimiento a fin de evitar los peligros involucrados en la gratificación de los instintos. Una vez formado el carácter, sin embargo, el principio del placer trabaja en el sentido de que aquél, como el síntoma, sirve no sólo a finalidades defensivas, sino también a una disfrazada gratificación de los instintos. El carácter genital-narcisista, por ejemplo, no sólo se protege contra las influencias del mundo exterior; también satisface buena parte de su libido en la relación narcisista entre su yo y su ideal yoico. La energía de los impulsos instintivos evitados, en especial los pregenitales y sádicos, se consume en gran parte para establecer y mantener el mecanismo de protección. No se trata por cierto de una gratificación de los instintos en el sentido del placer directo, sin disimulo; en cambio, tal como la gratificación encubierta en el síntoma, conduce a una disminución de la tensión instintiva. Mientras esta disminución de la tensión difiere fenomenológicamente de la gratificación directa, su valor económico es casi el mismo, pues también hace disminuir la tensión. La energía instintiva se usa en el proceso de conectar y solidificar los contenidos del carácter (identificaciones, formaciones reactivas, etc.). En el bloqueo afectivo de muchos caracteres compulsivos, por ejemplo, es principalmente el sadismo lo que se consume en la formación y mantenimiento de la muralla entre el ello y el mundo exterior; en la exagerada cortesía y pasividad de muchos caracteres pasivo-femeninos, es la homosexualidad anal.

Los impulsos no consumidos en la formación del carácter, luchan por su gratificación directa, a menos de reprimírselos. La índole de la gratificación directa está determinada por la forma del carácter. Cuáles impulsos son usados para la formación del carácter y a cuáles se permite gratificación directa, determina no sólo la diferencia entre salud y enfermedad, sino también la diferencia entre los diversos tipos de carácter.

Además de la calidad de la coraza caracterológica, debemos considerar también su intensidad o grado. Si el acorazamiento contra el mundo exterior y el mundo biológico interno ha alcanzado un grado correspondiente al desarrollo libidinal en un momento determinado, subsisten en la coraza "brechas" que brindan los medios de contacto con el mundo exterior. A través de estas brechas se envía la libido disponible al mundo exterior, y se la vuelve a retraer. Ahora bien, la coraza puede alcanzar tal intensidad que estas brechas sean "demasiado angostas", de modo que la comunicación con el mundo exterior resulta demasiado pequeña para garantizar una economía normal de la libido y una normal adaptación social. Una coraza más o menos completa queda ejemplificada por el estupor catatónico; una coraza completamente insuficiente, en la estructura del carácter impulsivo. Debe suponerse que toda con-

versión duradera de libido objetal en libido narcisista, da como resultado una intensificación y un endurecimiento de la coraza. El carácter impulsivo afectivamente bloqueado, tiene una coraza rígida, inalterable, que deja muy escasas posibilidades de establecer contacto afectivo con el mundo; todo rebota en su superficie lisa, dura. Por otra parte, el carácter querrelloso posee una armadura que si bien móvil, se está “resquebrajando” continuamente, y sus relaciones con el mundo exterior se limitan en gran parte a sus reacciones paranoideo-agresivas. El carácter pasivo-femenino parece blando y sumiso, pero en el análisis resulta ser un tipo de coraza muy difícil de disolver.

Toda formación caracterológica es típica no sólo en lo que evita, sino también en los impulsos que emplea para la defensa. En términos generales, el yo forma el carácter haciéndose cargo de cierto impulso que había sido reprimido, y usándolo como defensa contra otro impulso. El carácter fálico-sádico, por ejemplo, usa una exagerada agresión masculina para evitar las tendencias femeninas, pasivas y anales. Al hacerlo, se orienta más y más en dirección al comportamiento crónicamente agresivo. Otros, a la inversa, evitan su agresión reprimida “chupando” —como lo expresara alguna vez uno de estos pacientes— a cualquier persona que los incita a la agresión. Desarrollan un comportamiento suave, “resbaladizo”; evitan toda reacción abierta, directa, y el contacto con ellos resulta difícil; hablan en forma calma, prudente y tal que se captan la simpatía de los demás. Al tomar los intereses anales con la finalidad de evitar las tendencias agresivas, el yo se ha convertido en algo “resbaladizo”. Esto socava la confianza en sí mismo (uno de estos pacientes se sentía “apestar”), lo cual a su vez conduce a todo tipo de intento de conquistar el favor de los demás. Como estas personas son incapaces de contactos auténticos, por lo general experimentan un rechazo tras otro; esto aumenta su agresión y ésta, en un círculo vicioso, necesita una creciente defensa anal-pasiva. En tales casos, el análisis del carácter no sólo pone de manifiesto la función de la defensa, sino también sus medios, en este caso la analidad.

La cualidad final del carácter se determina en dos formas. Primero, *cualitativamente*, según la etapa del desarrollo libidinal en el cual el proceso de formación del carácter recibió las influencias más decisivas, en otras palabras, según el punto específico de fijación de la libido. De conformidad con eso, distinguimos caracteres depresivos (orales), masoquistas, genital-narcisistas (fálicos), histéricos (genital-incestuosos) y compulsivos (fijación sádico-anal). Segundo, *cuantitativamente*, según la economía libidinal que, a su vez, depende de los factores cualitativos. La determinación cualitativa de la forma caracterológica podría denominarse determinación histórica; la cuantitativa, determinación actual.

2. DIFERENCIA ECONÓMICO-LIBIDINAL ENTRE CARÁCTER GENITAL Y CARÁCTER NEURÓTICO

Si la coraza caracterológica supera cierto grado, si en su formación se han usado la mayoría de los impulsos que normalmente sirven al contacto con la realidad, si con ella ha disminuído considerablemente la posibilidad de gratificación sexual, están dadas todas las condiciones para la formación de un carácter neurótico. Al comparar la formación del carácter y la estructura caracterológica de los neuróticos, con las de individuos capaces de trabajar y amar, encontramos una diferencia cualitativa en los medios por los cuales se liga en el carácter la libido contenida. Encontramos que existen medios adecuados para ligar la angustia. Medios *adecuados* son la *gratificación orgástica genital* y la *sublimación*; medios *inadecuados* son todos los tipos de *gratificación pregenital* y las *formaciones reactivas*. Esta diferencia cualitativa se expresa también en una diferencia cuantitativa: el carácter neurótico sufre de una estasis libidinal en constante aumento, por la simple razón de que sus medios de gratificación no se adaptan a las necesidades instintivas. El carácter genital, en cambio, alterna entre la tensión libidinal y la adecuada gratificación libidinal; esto es, posee una *economía libidinal ordenada*. La expresión "carácter genital" se justifica porque sólo la primacía genital y la potencia orgástica (también determinada por una estructura de carácter definida) garantizan una economía libidinal ordenada.

La *cualidad* históricamente determinada de las fuerzas y contenidos formadores del carácter establece pues la regulación *cuantitativa* de la economía libidinal y con ello la diferencia entre "sano" y "enfermo". Con respecto a sus diferencias cualitativas, el carácter genital y el carácter neurótico son tipos ideales. Los caracteres reales son tipos mixtos y la posibilidad de una buena economía libidinal depende de los grados de mezcla. Con respecto a la cantidad de posible gratificación libidinal directa, el carácter genital y el carácter neurótico han de ser considerados como tipos promedio: o bien la gratificación libidinal es tal que elimina la estasis de la libido, o bien no lo es; en el segundo caso, se desarrollan síntomas o rasgos neuróticos de carácter que obstaculizan la capacidad social y sexual.

Trataremos ahora de presentar las diferencias *cualitativas* entre los dos tipos ideales, tomando por separado la estructura del ello, del superyó y por último las cualidades del yo que dependen de las otras dos.

a) Estructura del ello

El carácter genital ha alcanzado en toda su plenitud la etapa genital posambivalente,¹ ha renunciado al deseo del incesto y al deseo de eliminar al padre (a la madre), los intereses genitales se han transferido a un objeto hétero sexual que no representa —como sucede en el caso del carácter neurótico— al objeto del incesto, sino que ha tomado su

¹ Cf. Karl Abraham: *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*, 1925.

lugar. *El complejo de Edipo ya no existe en realidad; no está reprimido, sino libre de catexis.* Las tendencias pregenitales tales como analidad, erotismo oral, *voyeurism*, etc., no se hallan reprimidas sino que están en parte ancladas en sublimaciones culturales y en parte gratificadas directamente en actos placenteros; como quiera que sea, están subordinadas a la genitalidad. El acto sexual es la meta sexual más importante y la que brinda el mayor placer. La agresión está también sublimada en realizaciones sociales, en la medida en que no constituye una parte de la genitalidad normal; nunca insiste por una gratificación directa y exclusiva. Esta distribución de los impulsos instintivos suministra la base de la gratificación orgástica que es posible por cierto sólo en forma genital, pero que también gratifica las tendencias pregenitales y agresivas. Las escasas demandas pregenitales están reprimidas, esto es, cuanto más los dos sistemas de pregenitalidad y genitalidad se comunican entre sí, tanto más completa es la satisfacción y tanto menor la estasis patógena de la libido.

El carácter neurótico, en cambio, es incapaz de la descarga orgástica de su libido libre, sin sublimar.² Es siempre más o menos impotente desde el punto de vista orgástico, por los siguientes motivos: los objetos incestuosos poseen una catexis real, o bien la libido correspondiente se consume en formaciones reactivas. Si existe alguna vida sexual, su índole infantil puede apreciarse fácilmente: la mujer representa a la madre o a la hermana y la relación amorosa lleva la impronta de todas las angustias, inhibiciones y peculiaridades neuróticas de la relación de incesto infantil. La primacía genital no se ha establecido o bien, como en el carácter histérico, la conducta genital se ve perturbada por la fijación incestuosa. Hay abstinencia, o bien la actividad sexual se limita sobre todo a actos previos al coito. Se establece un círculo vicioso: la fijación infantil perturba la función orgástica, la cual a su vez lleva a la estasis libidinal; la libido contenida intensifica las fijaciones pregenitales, y así sucesivamente. Como resultado de esta sobrecarga de pregenitalidad, los impulsos libidinales intervienen en toda actividad cultural y social. Esto debe necesariamente conducir a una perturbación, pues la actividad se asocia con impulsos reprimidos y prohibidos; más aún, en muchos casos se transforma en una actividad sexual distorsionada tal como, pongamos por caso, en el calambre de los músicos. La componente libidinal de la realización social no está a disposición del individuo pues se la ha reprimido por asociación con objetivos instintivos infantiles.

b) *Estructura del superyó*

El superyó del carácter genital *afirma* el sexo; por este motivo, hay un alto grado de armonía entre ello y superyó. Como el complejo

² *Nota de 1945:* La regulación de la energía sexual depende de la potencia orgástica, es decir, de la capacidad del organismo para tolerar plenamente las contracciones y expansiones clónicas del reflejo de orgasmo. El organismo *acorazado* no admite estas contracciones y dilataciones orgásticas; en él, la excitación biológica se ve inhibida por espasmos musculares en diversos lugares del cuerpo.

de Edipo ha perdido su catexis, resulta superflua la contracatexis en el superyó. Hablando prácticamente, no hay en el superyó prohibiciones de índole sexual. El superyó no es sádico, no sólo por el motivo que se acaba de mencionar, sino también porque no hay estasis libidinal que pueda activar al sadismo.³ Gratificada en forma directa, la libido genital no se oculta en los impulsos hacia el ideal yoico. Las realizaciones sociales, por consiguiente, no constituyen una prueba de potencia como en el caso del carácter neurótico, sino que brindan una gratificación narcisista natural que no está al servicio de la compensación. Como no existe perturbación de la potencia, no hay sentimientos de inferioridad. El ideal yoico y el yo verdadero no difieren mucho; no existe, por ende, tensión apreciable entre ambos.

En el carácter neurótico, en cambio, el superyó es negativo respecto del sexo; de acuerdo con esta actitud negativa, hay un marcado conflicto entre ello y superyó. Como no se ha superado el complejo de Edipo, el núcleo del superyó, la prohibición del incesto, se conserva también con toda su plenitud, perturbando todo tipo de relación sexual. Las represiones sexuales y la estasis libidinal resultante intensifican los impulsos sádicos que se expresan, entre otras cosas, en una moral brutal. Dado que hay siempre un sentimiento más o menos consciente de impotencia, la realización social resulta primariamente una compensación, una prueba de potencia. Esto no hace disminuir, sin embargo, los sentimientos de inferioridad. Las pruebas compensadoras de la potencia en la realización social no pueden, en manera alguna, reemplazar el sentimiento de potencia genital; por esta razón, el carácter neurótico nunca llega a desembarazarse de un vacío interior y de un sentimiento de incapacidad, sin importar sus esfuerzos por compensarlo. Así sucede que las demandas positivas del ideal yoico aumentan de continuo, mientras el yo, impotente y doblemente paralizado por los sentimientos de inferioridad (impotencia y elevado ideal yoico), se vuelve más y más incapaz.

c) Estructura del yo

En el carácter genital, las periódicas descargas orgásticas de tensión libidinal aminoran las demandas instintivas que el ello plantea al yo; el ello está esencialmente satisfecho y así no hay motivo para el desarrollo de un superyó sádico; el superyó, entonces, no ejerce una presión particular sobre el yo. Este toma para su gratificación, *sin sentimiento de culpa*, la libido genital y ciertas tendencias pregenitales del ello; sublima en la acción social la agresión natural y ciertas partes de la libido pregenital. El yo no tiene una actitud negativa hacia el ello en lo que a la genitalidad se refiere y por eso puede imponerle inhibiciones tanto más fácilmente cuanto que no interfiere con el aspecto principal, la gratificación libidinal. Esta parece ser la única condición con la cual el yo puede mantener en jaque al ello sin recurrir a la represión. Una tendencia homosexual, por ejemplo, tendrá escasa signi-

³ Sobre la relación entre sadismo y estasis libidinal, cf. el Capítulo VII de mi libro *Die Funktion des Orgasmus*, 1927.

fijación si al mismo tiempo se satisface la heterosexuality; tendrá importancia, en cambio, si existe al mismo tiempo una estasis de la libido. Esto es fácil de comprender desde el punto de vista económico: en la gratificación heterosexual —a condición de no estar reprimida la homosexualidad; a condición, en otras palabras, de no estar excluida del sistema de comunicación de la libido— se extrae energía también de los impulsos homosexuales.

Dado que como resultado de la gratificación sexual el yo recibe una presión escasa tanto del ello como del superyó, no tiene que defenderse contra el primero, como debe hacerlo el yo del carácter neurótico; esto deja abundantes energías para la experiencia afectiva y la acción realista en el mundo exterior; acción y experiencia son intensas, fluyen libremente; el yo es accesible en alto grado tanto al placer como al displacer. Es cierto, el yo del carácter genital también tiene una coraza, pero la domina en lugar de estar a merced de ella. Esta coraza es suficientemente flexible para permitir la adaptación a las diversas situaciones de la vida; el carácter genital puede ser muy alegre, pero también puede mostrarse intensamente colérico; reacciona con depresión a una pérdida de objeto, mas no se pierde en esa depresión; es capaz de amor intenso y también de intenso odio; en condiciones apropiadas, puede ser infantil, pero nunca obrará como un niño; su seriedad es natural y no forzada en forma compensatoria, pues no tiene tendencia a mostrarse como adulto a toda costa; su valor no es una prueba de potencia, sino que está dirigido hacia una meta racional; así, no tratará de evitar el reproche de cobardía, por ejemplo en una guerra que según su convicción es injustificada, sino que defenderá esa convicción. Como los deseos infantiles han perdido su catexis, el amor y el odio del carácter genital tienen objetivos racionales. Esta flexibilidad, así como la solidez de su coraza, se revelan en que en un caso puede abrirse al mundo con tanta intensidad como puede ensimismarse y apartarse del mundo en otro. Su capacidad de darse se revela con la máxima claridad en la experiencia sexual: en el acto sexual con la pareja amada, el yo se reduce prácticamente a la función de percepción, la coraza se disuelve temporariamente en forma casi completa, toda la personalidad se engolfa en la experiencia placentera, sin temor de perderse en ella, pues el yo tiene un sólido fundamento narcisista que no sirve a función compensatoria alguna. Su confianza en sí mismo extrae sus energías más poderosas de la experiencia sexual. Por la forma en que resuelve sus conflictos cotidianos, es fácil ver que se trata de conflictos racionales, no cargados de mezclas infantiles; esto es así debido a que la economía libidinal normal imposibilita una catexis de las experiencias y deseos infantiles.

Como el carácter genital no es rígido ni duro en ningún aspecto, encontramos lo mismo en las formas de su sexualidad. Por ser capaz de gratificación, es capaz de monogamia sin compulsión o represión; por otra parte, si se dan fundamentos racionales, también es capaz, sin sufrir daño por ello, de un cambio de objeto o de poligamia. No se aferra a su objeto sexual por sentimientos de culpa o por razones morales; mantiene una relación sexual sólo porque la pareja sexual le brinda

placer. Puede superar los deseos de poligamia sin represión, si plantean un conflicto con su relación con el objeto amado; pero también es capaz de ceder a ellos si son demasiado perturbadores. Resolverá el conflicto resultante de manera realista.

Los sentimientos neuróticos de culpa están prácticamente ausentes. Su sociabilidad no se basa en la agresión reprimida, sino en la sublimada, y en su orientación realista dentro de la vida. Esto no significa, sin embargo, que siempre se incline ante la realidad exterior. Por el contrario, es precisamente el carácter genital el que —debido a su estructura que difiere de la actual cultura moralista y antisexual— es capaz de criticar y modificar la situación social. Su falta de temor a la vida le preserva de las concesiones al mundo exterior, concesiones que chocan con sus propias convicciones.

Si la primacía del intelecto es la meta del desarrollo social, tal primacía es inconcebible sin la primacía de la genitalidad. Pues aquélla presupone una economía libidinal ordenada, es decir, primacía genital. La primacía genital y la intelectual guardan entre sí la misma relación que la estasis sexual y la neurosis, que el sentimiento de culpa y la religión, que la histeria y la superstición, que la gratificación sexual pregenital y la moral sexual de nuestros días, que el sadismo y la ética, que la represión sexual y las sociedades para la rehabilitación de las prostitutas.

En el carácter genital una economía libidinal ordenada, apoyada en la capacidad para la experiencia sexual plena, constituye la base de los rasgos que se acaban de describir. En la misma forma, todo lo que el carácter neurótico es y hace, está determinado por su economía libidinal perturbada.

El yo del carácter neurótico es ascético, o bien permite la actividad sexual sólo con sentimientos de culpa. Se halla sometido a una doble presión: la del ello no gratificado, con su libido contenida, y la del brutal superyó. Es enemigo del primero y se somete ante el segundo, mientras al mismo tiempo manifiesta las tendencias contrarias de flirtear con aquél y rebelarse en secreto contra el superyó. A menos de estar reprimida, su sexualidad es predominantemente de índole pregenital; correspondiendo a la moral sexual de nuestros días, la genitalidad presenta una mezcla anal y sádica, considerándose el acto sexual como algo sucio y sádico. Como la mayor parte de los impulsos destructivos se arraigan en parte en la coraza caracterológica y en parte en el superyó, la realización social se ve obstaculizada. El yo está acorazado contra el placer y el displacer (bloqueo afectivo), o abierto sólo al displacer, o bien el placer se convierte pronto en displacer. La coraza del yo es rígida, carece de flexibilidad, las "comunicaciones" con el mundo exterior son insuficientes, tanto respecto de la libido objetal como de la agresión. La función de la coraza se dirige principalmente contra el interior; esto da como resultado un debilitamiento más o menos franco de la función de realidad. Las relaciones con el mundo exterior no son naturales, carecen de vitalidad y son contradictorias, faltándoles la participación armoniosa de la personalidad total. Existe incapacidad de experimentar

con plenitud las cosas y las personas. El carácter genital puede modificar, reforzar o mitigar sus mecanismos de protección. El carácter neurótico, en cambio, se halla por completo a merced de los mecanismos inconscientes de su carácter; no puede obrar en forma distinta, aunque quiera hacerlo. Le agradaría ser alegre o colérico, pero no puede. No puede amar intensamente pues su sexualidad está esencialmente reprimida. Tampoco puede odiar adecuadamente, pues su yo es incapaz de manejar el odio, que ha alcanzado proporciones violentas como resultado de la estasis libidinal, y por consiguiente debe reprimirlo. E incluso cuando el carácter neurótico ama u odia, sus reacciones no corresponden a la situación racional; reacciones infantiles inconscientes determinan en gran medida la intensidad y el tipo de las reacciones. La rigidez de su coraza le hace imposible abrirse a una experiencia o cerrarse a otra cuando sería racional hacerlo. En el plano sexual, es abstigente, o bien sufre perturbaciones en los actos previos al placer, de modo que no existe satisfacción alguna, o bien, por último, es tan incapaz de entregarse que la gratificación lograda no basta para regular la economía libidinal. Un análisis exacto de la experiencia durante el acto sexual revela tipos delinidos. Existe el individuo narcisista que no se concentra en el placer, sino en impresionar a la mujer con su potencia; el individuo hiperestésico que sólo piensa en no tocar parte alguna del cuerpo que pudiera ofender sus sentimientos estéticos; el individuo de sadismo reprimido, que no puede desembarazarse de la idea compulsiva de que podría dañar a la mujer, o bien atormentado por el sentimiento de culpa de abusar de ella; el carácter sádico para quien el acto sexual significa torturar a la mujer, etc. Donde estas perturbaciones no se manifiestan con claridad, encontramos las correspondientes inhibiciones en la actitud total hacia la sexualidad. Puesto que el superyó del carácter neurótico no contiene elementos que afirmen el sexo, vuelve la espalda a la experiencia sexual (H. Deutsch postula también esto, erróneamente, para el individuo normal); esto significa que sólo la mitad de su personalidad participa en la experiencia.

El sentimiento de impotencia obliga al yo a formar compensaciones narcisistas. Los conflictos actuales están saturados de motivos irracionales que imposibilitan al carácter neurótico llegar a decisiones racionales; siempre se hacen sentir actitudes infantiles y deseos infantiles.

Sexualmente insatisfecho e incapaz de satisfacción, el carácter neurótico se vuelve finalmente ascético, o bien vive en una rígida monogamia —según él cree, por razones morales o por consideración hacia su compañera; en realidad, porque tiene miedo a la sexualidad y es incapaz de regularla. Como el sadismo no se ha sublimado y el superyó es excesivamente severo, mientras el ello sigue presionando en busca de la gratificación de sus necesidades, el yo desarrolla sentimientos de culpa a los que denomina conciencia social, y una actitud autopunitiva de querer hacerse a sí mismo lo que en realidad quiere hacer a los demás.

Es fácil ver que el descubrimiento de esos mecanismos suministra la base para una crítica fundamental de todas las teorías de la moral. Estamos aquí ante una cuestión decisiva de formación de la cultura social.

En la medida en que la sociedad garantice la gratificación de las necesidades, y la estructura humana se modifique concordantemente, resultará innecesaria la *regulación moral* de la vida social. La decisión final no radica en el dominio psicológico, sino en el social. Todo tratamiento analítico que logra éxito en modificar la estructura del carácter neurótico transformándola en genital, reemplaza de modo automático la regulación moral por una autorregulación basada en una sana economía libidinal. Cuando muchos analistas hablan de la "disolución del superyó" mediante el tratamiento psicoanalítico, debemos agregar que se trata de retirar energía de las inhibiciones morales y reemplazarlas por la autorregulación libido-económica. Cómo choca este proceso con los intereses actuales del estado, de la filosofía moral y de la religión, es algo que discutiremos en otra parte. Todo ello significa que el individuo satisfecho en sus necesidades sexuales y en sus necesidades primarias biológicas y culturales, no necesita inhibiciones morales para su autocontrol; el individuo insatisfecho en cambio, sufre de una creciente excitación interna que buscará descargarse en todo tipo de acción antisocial y violenta, a menos que sus energías se mantengan en jaque y sean absorbidas por las inhibiciones morales. El grado y la intensidad de las ideologías moralistas ascéticas en toda sociedad, constituyen la mejor medida del grado y la intensidad de la supresión de las necesidades vitales en el individuo medio de esa sociedad. Ambas están determinadas por la relación entre las fuerzas productivas y el modo de producción por una parte, y las necesidades que deben ser gratificadas, por la otra.

La discusión de las más amplias consecuencias de la economía sexual y de la caracterología analítica no puede escapar a estos problemas a menos de preferir, a expensas de nuestra integridad científico-natural, detenernos en la artificial línea divisoria entre lo que es y lo que debería ser.

3. SUBLIMACIÓN, FORMACIÓN REACTIVA Y BASE REACTIVA NEURÓTICA

Prestaremos atención ahora a las diferencias entre las realizaciones sociales del carácter genital y las del carácter neurótico, respectivamente. Dijimos que la gratificación orgástica y la sublimación son los medios adecuados, la gratificación pregenital y la formación reactiva, los medios inadecuados, de descargar las energías sexuales. Tal como la gratificación orgástica, la sublimación es específica del carácter genital, mientras la formación reactiva es típica del carácter neurótico. Eso no significa, sin embargo, que el individuo neurótico no sublime o que el individuo sano no tenga formaciones reactivas.

Tratemos primero de describir la relación entre sublimación y gratificación sexual. Según Freud, la primera consiste en desviar una tendencia libidinal de su meta original y dirigirla hacia un objetivo "más elevado", más valioso desde el punto de vista social. El impulso sublimado debe entonces haber renunciado a su objeto o meta original. Esta primera formulación de Freud ha conducido al mal entendido de que sublimación y gratificación instintiva son términos opuestos y se ex-

cluyen uno al otro. La experiencia clínica demuestra sin embargo que no son antitéticos; más aún, que una sana economía libidinal es *el* requisito previo indispensable para sublimaciones exitosas y duraderas. Sólo es necesario que los impulsos sobre los cuales se basan nuestras realizaciones sociales no tengan gratificación directa; esto no se aplica a la *gratificación libidinal en general*. El análisis de las perturbaciones de la capacidad de trabajo muestra que la sublimación de la libido pregenital es tanto más dificultosa cuanto mayor la estasis de la libido total. Las fantasías sexuales absorben abundante interés psíquico, extrayéndolo del trabajo, o bien las realizaciones culturales mismas se sexualizan y, con ello, resultan sometidas a la represión. La observación de las sublimaciones en el carácter genital demuestra que la gratificación orgástica de la libido las posibilita una y otra vez liberando energías para una actividad incrementada, pues las ideas sexuales ya no tienen, temporariamente, catexis libidinal alguna. En análisis llevados a buen término, vemos que la máxima capacidad de realización se alcanza sólo cuando el paciente llega a ser capaz de la plena gratificación sexual. La durabilidad de las sublimaciones también depende de una sana economía libidinal: los pacientes que perdieron su neurosis meramente por vía de las sublimaciones, se encuentran en un estado mucho más lábil y tienden más a las recaídas, que quienes logran la gratificación sexual directa. La gratificación incompleta, en particular la gratificación libidinal pregenital, interfiere con la sublimación; la gratificación genital orgástica la fomenta.

Comparemos ahora la sublimación con la formación reactiva. Esta última es de índole compulsiva y rígida, mientras aquélla es espontánea. En la sublimación sucede como si el ello tuviese una vinculación directa con la realidad, en armonía con el yo y el ideal yoico; en la formación reactiva, pareciera que un severo superyó dictara todos sus actos a un ello rebelde. En la sublimación, el acento recae sobre el efecto de la acción, aunque ésta posee también un componente libidinal. En la formación reactiva, el acto mismo es lo importante y el efecto, más o menos accidental; la acción no está determinada por un impulso libidinal, sino en forma negativa: *debe* llevarse a cabo. El individuo que sublima puede interrumpir su trabajo durante períodos considerables; el descanso es tan bien acogido como el trabajo. Si se interrumpe el trabajo reactivo, en cambio, aparece tarde o temprano la inquietud, que puede aumentar hasta convertirse en irritabilidad e incluso en angustia. El individuo que sublima también está a veces irritado y tenso, pero no porque nada logra sino porque se encuentra en el proceso laborioso de lograr algo. El individuo que sublima *quiere* trabajar y obtiene placer de su trabajo. El individuo que trabaja por reacción *debe* trabajar; como lo expresara un paciente, *debe* "ser un robot". Cuando ha terminado una tarea, debe comenzar otra de inmediato, pues su trabajo es un escapar al descanso. Ocasionalmente, el efecto final de una formación reactiva puede ser el mismo que el de una sublimación. Por lo general, sin embargo, las realizaciones basadas en el trabajo reactivo son inferiores a las basadas en la sublimación. Ciertamente, el mismo

individuo rendirá mucho más en condiciones de sublimación que en las de formación reactiva.

La diferencia entre *capacidad de trabajo* (capacidad latente de trabajo) y realización absoluta en el mismo, es mucho menor en el caso de la sublimación que en el de la formación reactiva; es decir, el individuo que sublima trabaja más en consonancia con su plena capacidad, que el individuo que trabaja por reacción. Los sentimientos de inferioridad corresponden a menudo a una percepción interna de esta diferencia. La experiencia clínica muestra que las realizaciones basadas en la sublimación revelan un cambio relativamente pequeño cuando se ponen al descubierto las vinculaciones inconscientes; en cambio, el trabajo reactivo se interrumpe por completo, o bien —si se transforma en sublimación— su efectividad aumenta sobremanera.

El individuo medio de nuestra cultura trabaja mucho más a menudo conforme al mecanismo de la formación reactiva que al de sublimación. Su estructura, tal como resulta de la educación actual, combinada con las condiciones sociales del trabajo, le hacen incapaz de una realización efectiva, que corresponda a su capacidad de trabajo.

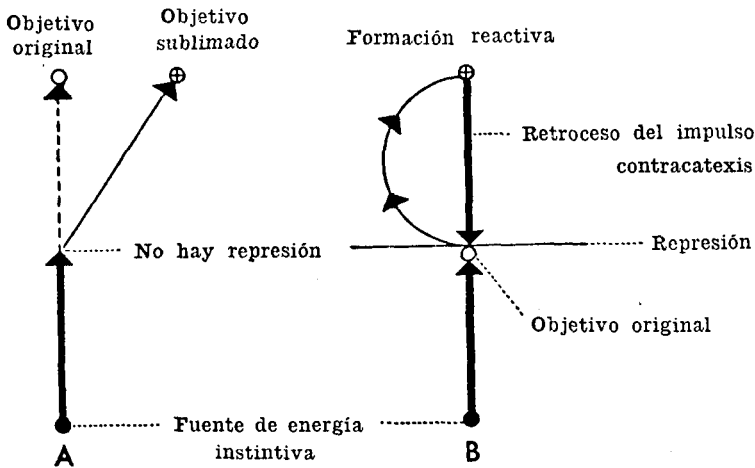
En el caso de la sublimación, la dirección del impulso no cambia; el yo se hace cargo de él y se limita a orientarlo hacia una meta distinta. En el caso de la formación reactiva, el impulso se vuelve contra uno mismo y el yo se hace cargo de él sólo en la medida en que eso sucede. En este proceso, la catexis del impulso se convierte en contracatexis dirigida contra el objetivo inconsciente del impulso. En la formación reactiva, el objetivo original conserva su catexis inconsciente; el objeto original del impulso no fué abandonado, sino meramente reprimido. La formación reactiva se caracteriza entonces por la conservación y represión del objetivo y del objeto del impulso, y por volver hacia atrás el impulso mediante la formación de una contracatexis. La sublimación, en cambio, se caracteriza por la renuncia (no la represión) al objetivo y al objeto originales, y su reemplazo por otros, sin formar una contracatexis.

El aspecto económico más importante de la formación reactiva es la necesidad de una contracatexis. Puesto que el objetivo instintivo original se conserva, continúa absorbiendo libido; en consecuencia, el yo debe usar continuamente una contracatexis a fin de mantener en jaque al impulso. La formación reactiva no es un proceso que tenga lugar una sola vez, sino que continúa sucediendo y difunde su acción a todo el organismo.

En la formación reactiva, el yo está constantemente ocupado consigo mismo; es su propio vigilante. En la sublimación, las energías del yo están disponibles para la realización. Las formaciones reactivas simples, tales como el disgusto o la vergüenza, son parte de la formación del carácter de cada uno de nosotros. No interfieren con el desarrollo del carácter genital y permanecen dentro de límites fisiológicos, pues no hay estasis libidinal que refuerce los impulsos pregenitales. En cambio, si la represión sexual ha ido muy lejos, en particular si incluye la libido genital, dando como resultado una estasis libidinal, las formaciones re-

activas reciben abundante energía libidinal y tienden a expandirse tal como lo observamos en las fobias.

Ejemplificaremos esto con el caso de un funcionario que, como todos los caracteres compulsivos, cumplía su trabajo oficinesco de manera extremadamente consciente. A medida que pasaban los años, trabajaba más y más, aunque su trabajo no le producía satisfacción alguna. En la época en que acudió al análisis, no eran pocos los días en que trabajaba hasta medianoche o incluso hasta las tres de la madrugada. El análisis reveló al poco tiempo, primero, que las fantasías sexuales se entrometían de continuo en su trabajo, lo cual era uno de los motivos de que éste le requiriese tanto tiempo ("demorándose"); segundo, que no podía permitirse siquiera un minuto de calma, en especial al caer la tarde, pues si lo hacía se veía abrumado por fantasías sexuales. Ciertamente es, en su trabajo nocturno descargaba cierta cantidad de libido; pero gran parte de su libido escapaba a toda descarga en esta forma, y por último hubo él de admitir la perturbación en su trabajo.



Esquema de la sublimación, comparada con la formación reactiva.

- A. Carencia de represión; el impulso es meramente desviado; el objetivo instintivo original carece de catexis.
- B. Represión actual; el objetivo original ha conservado toda su catexis; el impulso no está desviado, sino dirigido por el yo contra sí mismo. En el lugar donde tiene lugar el retroceso, encontramos la realización (formación reactiva).

La expansión de las formaciones reactivas y de las actividades reactivas corresponde pues a una estasis libidinal en continuo crecimiento. Cuando, por último, las formaciones reactivas ya no bastan para dominar a la estasis libidinal, cuando —en otras palabras— el carácter fracasa en su tarea de absorber la libido, hace su aparición sin disimulo la angustia neurótica, o bien se forman síntomas neuróticos para ligar el exceso de libido o de angustia.

Las actividades reactivas se racionalizan de continuo. Así, nuestro paciente sostenía que tenía mucho trabajo. Su actividad exagerada y mecánica servía no sólo a la función económica de descarga y a la de apartar su mente de las fantasías sexuales; era también una formación reactiva contra su reprimido odio al jefe (padre). El análisis puso de manifiesto que sus aparentes intentos de ser un empleado particularmente valioso para ese jefe, eran todo lo opuesto de sus intenciones inconscientes. Tal "robotización" no puede interpretarse en última instancia como autocastigo. El autocastigo es sólo uno de los numerosos significados del síntoma. Básicamente, el paciente no quería infligirse castigo alguno sino, por el contrario, protegerse contra el castigo. Pues la causa real de sus formaciones reactivas era el temor a los resultados de sus fantasías sexuales. •

Al igual que el trabajo compulsivo, otras formaciones reactivas tampoco pueden ligar toda la angustia estática. Tomemos por ejemplo la hipermotilidad del carácter histérico femenino o la hiperagilidad e inquietud del alpinista neurótico. Ambos tienen una musculatura sobrecargada de libido insatisfecha, ambos tienden continuamente hacia el objeto, la muchacha histérica en forma desembozada, el alpinista en forma simbólica (montaña = mujer = madre). Es cierto, su motilidad descarga cierta cantidad de libido, pero como no brinda un placer final, la tensión aumenta continuamente. Así, la muchacha desarrolla por último ataques histéricos mientras el alpinista, a fin de dominar su estasis, deberá emprender ascensiones cada vez más agotadoras y más peligrosas. Como existen para esto limitaciones naturales, se desarrolla finalmente una neurosis sintomática, a menos que, como sucede tan a menudo, encuentre el desastre en las montañas.

Denominamos *base caracterológica de reacción* a la sumatoria de todos los mecanismos que sirven a la finalidad de absorber la libido contenida y de ligarla en los rasgos de carácter. Si como resultado de una excesiva restricción sexual, aquélla fracasa en su función económica, se convierte en *base neurótica de reacción*, y eliminarla es la tarea terapéutica de mayor importancia. La formación reactiva que se propaga es sólo uno de los mecanismos de la base neurótica de reacción.

No importa en qué período se produzca una agravación del carácter neurótico, siempre encontramos que ese carácter ha existido desde la temprana infancia, desde la época del conflicto edípico. Como regla general, la índole del síntoma neurótico muestra su vinculación con la base neurótica de reacción. Así por ejemplo, la prolijidad compulsivo-neurótica puede aumentar hasta llegar a ser una compulsión de orden, el carácter anal puede desarrollar constipación, la timidez puede aumentar hasta llegar a ser rubor patológico; la agilidad histérica y la coquetería, hasta los ataques histéricos; la ambivalencia, hasta la incapacidad de tomar decisiones; la timidez sexual, hasta el vaginismo; la excesiva escrupulosidad, hasta los impulsos homicidas.

Con todo, la calidad del síntoma no siempre corresponde a su base de reacción. El síntoma puede representar una defensa contra la angustia en una etapa libidinal superior o inferior. Así por ejemplo, un carácter

histérico puede desarrollar una tendencia compulsiva a lavarse; un carácter compulsivo puede desarrollar una angustia histérica o un síntoma de conversión. Va implícito en todo esto que en la práctica encontramos en su mayor parte tipos mixtos, en los cuales predomina una u otra forma caracterológica. Es conveniente, sin embargo, no hacer el diagnóstico conforme a los síntomas, sino de acuerdo con el carácter neurótico subyacente. Así, a pesar de un síntoma de conversión debido al cual el paciente recurre al análisis, haremos el diagnóstico de neurosis compulsiva si el carácter muestra predominantemente rasgos compulsivos.

Debe tenerse presente que la distinción entre carácter neurótico y carácter genital no es rígida. Como se basa en un criterio cuantitativo —el alcance de la gratificación sexual directa, o bien de la estasis libidinal— existen toda suerte de transiciones entre los dos tipos ideales. Pese a todo esto, la investigación tipológica no sólo se justifica, es imperiosa debido a sus valores heurísticos y a la ayuda que significa en el trabajo práctico. Dado que esto es sólo un pequeño comienzo de una tipología genética, no puede aspirar a dar respuesta a todas las cuestiones de la tipología. Por el momento, habrá logrado su finalidad si ha podido demostrar que la única base legítima de la tipología psiconalítica es la teoría de Freud sobre la libido, sin restringirla y siguiéndola hasta sus conclusiones lógicas.

CAPÍTULO IX

FOBIA INFANTIL Y FORMACION DEL CARACTER

1. UN CARÁCTER "ARISTOCRÁTICO"

Este caso servirá para ilustrar cómo la actitud caracterológica deriva de las experiencias infantiles. La presentación sigue el camino que condujo desde el análisis de la resistencia caracterológica hasta su origen en situaciones infantiles definidas.

Un hombre de treinta y tres años acude al análisis debido a dificultades maritales y a perturbaciones en su trabajo. Sufre de una severa indecisión, que le hace imposible toda solución racional de su problema matrimonial, y también le impide el éxito en su profesión. El paciente comienza el tratamiento con gran comprensión y pronto produce los conflictos típicos de la situación edípica que, teóricamente, explican su situación marital. Pasamos aquí por alto los contenidos vinculados con la relación entre su mujer y su madre, sus superiores y su padre. En lugar de ello, nos concentraremos en su conducta, en la vinculación entre esta conducta y su conflicto infantil, y en las formas en que esta conducta se manifestó como una resistencia en el tratamiento.

El paciente es bien parecido, de mediana estatura; su expresión facial es reservada, seria, algo arrogante. Lo que llama la atención es su andar mesurado, refinado. Le lleva bastante tiempo llegar desde la puerta hasta el diván; es evidente que evita —o encubre— todo apresuramiento o excitación. Su hablar es mesurado, tranquilo y refinado; en ocasiones, lo interrumpe con su "Sí" abrupto y subrayado, estirando al mismo tiempo ambos brazos hacia adelante, y palmeándose luego la frente con una mano. Yace en el sofá con gran compostura, con las piernas cruzadas. Su dignificada compostura difícilmente cambia, aun cuando se discuten temas narcisísticamente dolorosos. Cuando, al cabo de cierto tiempo, discutió sus relaciones con la madre, a quien quería mucho, fué fácil ver cómo intensificaba su actitud de dignidad, a fin de dominar la excitación. A pesar de mis repetidas admoniciones en el sentido de dar rienda suelta a sus sentimientos, mantuvo esa actitud. Un día, le saltaron las lágrimas y comenzó a estrangulársele la voz; no obstante ello, la manera en que se llevó el pañuelo a los ojos fué reposada y digna.

Algo resultaba claro: su conducta, independientemente de su origen, le protegía de las emociones violentas, de una irrupción afectiva. Su carácter impedía el libre desarrollo de la experiencia analítica; *ya se habla convertido en una resistencia.* Al poco tiempo de la evidente

excitación, cuando le pregunté qué impresión le había causado esta situación analítica, contestó en su tono reposado que todo esto era muy interesante, pero no le llegaba realmente, que las lágrimas “se le habían escapado”, lo cual le resultaba sumamente embarazoso. Mi explicación de lo necesario y provechoso de tales excitaciones no tuvo éxito. La resistencia se intensificó más aún, sus comunicaciones se hicieron más superficiales, su actitud se tornó aún más pronunciada, y se mostró aún más compuesto y más digno.

Quizá haya sido un accidente que un día se me ocurriera el término “señoría” (“*lordliness*”) para definir la conducta de este paciente. Le dije que estaba representando a un *lord* inglés, y que eso debía tener alguna vinculación con su juventud. También le expliqué la función defensiva de su “señorío”. De inmediato relató que de niño nunca había creído ser en verdad hijo de su padre, pequeño comerciante judío; pensaba que era en realidad de origen inglés. Había oído rumores de que su abuela había tenido una aventura con un verdadero *lord* inglés, y creía que su madre era medio inglesa. En sus sueños del futuro, desempeñaba un papel considerable la fantasía de ser enviado a Inglaterra como embajador. Su actitud de señorío contenía pues los siguientes elementos:

1. La idea de no estar emparentado con su padre, a quien odiaba y despreciaba;
2. La idea de ser hijo de una madre medio inglesa; y
3. El ideal yoico de crecer más allá del estrecho medio en que se desenvolvía su familia pequeño-burguesa.

Este poner al descubierto los elementos que constituían su conducta, conmovió los fundamentos de ésta. Quedaba por ver, sin embargo, cuáles eran los impulsos que con ella se evitaban. El análisis consecuente de la conducta “señorial” demostró la vinculación con otro rasgo de carácter que creaba considerables dificultades en el análisis: su tendencia a *menospreciar* a todo el mundo y su disfrutar con las desgracias de los demás. Este menosprecio se expresaba de manera señorial, pero servía al mismo tiempo para satisfacer sus intensas tendencias sádicas. Es cierto, el paciente relató que durante la pubertad había tenido gran cantidad de fantasías sádicas, pero sólo las relató. No comenzó a *experimentarlas* hasta que las desenterramos de su actual anclaje, su tendencia al menosprecio. La compostura señorial era una protección contra el menosprecio como actividad sádica. Las fantasías sádicas no estaban reprimidas: se gratificaban con el menosprecio y se evitaban con el señorío. Su conducta arrogante poseía pues la estructura de un síntoma: servía a la finalidad de evitar un impulso y servía asimismo para satisfacer ese impulso. Esta transformación caracterológica de su sadismo le había ahorrado la necesidad de reprimirlo.

La fantasía señorial habíase desarrollado a la edad de cuatro años, aproximadamente; la compostura, el autocontrol, algo más tarde, motivados por el temor al padre y —factor importante— por una identificación contraria con éste. El padre mantenía constantes altercados con la madre y el paciente se formó el siguiente ideal: “Yo no seré como

papá, sino lo exactamente opuesto”. Esto correspondía a la fantasía: “Si yo fuera el marido de mamá, la trataría de manera totalmente distinta. Sería amable y trataría de controlar mi cólera ante sus fallas”. Esta identificación contraria estaba pues condicionada por su complejo de Edipo, por el amor a la madre y el odio al padre.

El carácter del muchacho, correspondiente a las fantasías de señorío, estaba formado por ensueños diurnos, autocontrol y fantasías sádicas activas. Durante la pubertad, se enamoró de un maestro y comenzó a identificarse con él. Este maestro era la personificación de un *lord*, digno, compuesto, medido, inmaculadamente vestido. La identificación comenzó imitando sus ropas, a lo cual siguieron los demás rasgos; cuando el paciente tenía catorce años, estaba definitivamente formado su carácter tal como lo presentaba al comenzar el análisis: ya no se trataba de fantasías de señorío, sino de señorío *en su conducta real*.

Existía una razón específica para que la fantasía se realizara en la actitud, precisamente a esa edad. En toda su pubertad el paciente nunca se masturbó conscientemente. La angustia de castración —manifestada en diversos temores hipocondríacos— estaba racionalizada: “Una persona distinguida no hace esas cosas”. El señorío, entonces, sirvió también para evitar el deseo de masturbación.

Como *lord*, el paciente se sentía por encima de otras gentes y podía mofarse de ellas. En el análisis, sin embargo, pronto tuvo que comprender que su menosprecio hacia los demás era una compensación de su sentimiento de inferioridad, tal como su señorío era algo destinado a encubrir el sentimiento de inferioridad de alguien proveniente de un medio mezquino. La significación más profunda del menosprecio era una defensa contra las relaciones homosexuales: se mofaba sobremanera de los hombres que le atraían. En el señorío se combinaban los opuestos, sadismo y homosexualidad por una parte, y refinado dominio de sí mismo por la otra.

Durante el análisis, el señorío se intensificó con cada nueva aproximación al material inconsciente. En forma gradual, sin embargo, estas reacciones defensivas fueron perdiendo fuerza, como lo hizo la correspondiente conducta en su comportamiento cotidiano. El análisis de su señorío condujo directamente a poner al descubierto los conflictos centrales de la infancia y la pubertad. Sus posiciones patológicas se vieron así atacadas desde dos frentes: sus recuerdos, sueños y otras comunicaciones verbales, con escaso afecto; y desde el lado de su carácter, su señorío, en el cual estaban ligados los afectos de agresión.

2. LA SUPERACIÓN DE LA FOBIA INFANTIL MEDIANTE LAS ACTITUDES CARACTEROLÓGICAS

La manifestación de una conducta refinada servía también para vincular a ese comportamiento una cantidad esencial de angustia genital. El análisis de ese proceso reveló un destino hasta entonces poco conocido de la fobia infantil. Entre los tres y los seis años de edad, el paciente había sufrido de una intensa fobia a los ratones. El centro de esta fobia lo

ocupaba su actitud femenina hacia el padre, que constituía una reacción regresiva ante la angustia de castración. Esto se vinculaba con la típica angustia masturbatoria. Cuanto más construía el niño la fantasía de señorío y más hacía de ella una conducta señorial, tanto más retrocedía la fobia, hasta que finalmente nada quedó de ella, salvo un resto de aprensividad a la hora de acostarse. Cuando, durante el análisis, se socavaron los cimientos del señorío, reaparecieron la fobia a los ratones y la angustia de castración, y reaparecieron de manera afectiva. Evidentemente, parte de la libido o angustia de la fobia, se había vinculado estrechamente con la actitud caracterológica.

Nos resulta familiar la transformación de deseos y angustias infantiles en rasgos de carácter. Un caso especial es el reemplazo de una fobia por un tipo definido de coraza contra el mundo exterior y la angustia; en nuestro caso, fué la conducta refinada la que ligó a sí la angustia infantil. Otro caso típico es aquel en el cual la fobia infantil o las manifestaciones más simples de la angustia de castración, conducen a un comportamiento pasivo-femenino que puede manifestarse, por ejemplo, como cortesía exagerada y estereotipada. El caso siguiente es otro ejemplo de la transformación de una fobia en actitud caracterológica:

Este neurótico compulsivo mostraba un *bloqueo afectivo completo*. Se mostraba igualmente impávido ante el placer y el displacer, como si fuese una máquina viva, podríamos decir. El análisis reveló que este bloqueo afectivo era fundamentalmente una coraza contra su intenso sadismo. Ciertamente, el paciente tenía todavía fantasías sádicas, pero borrosas y carentes de vida. El motivo de la coraza era una angustia de castración igualmente intensa que, sin embargo, no se manifestaba de ninguna otra manera. El análisis pudo remontarse hasta el origen mismo del bloqueo afectivo.

En este caso, la fobia infantil típica se relacionaba con caballos y serpientes. Hasta los seis años de edad, el paciente sufrió terrores nocturnos casi todas las noches. Con particular frecuencia, tenía una pesadilla en la cual un caballo le arrancaba de una dentellada la punta de un dedo (angustia de masturbación, castración). Un día decidió simplemente no volver a tener miedo, y cuando volvió a aparecer el sueño del caballo que le arrancaba un dedo, lo hizo completamente libre de angustia. *Al mismo tiempo, se desarrolló el bloqueo afectivo* y ocupó el lugar de la fobia. Hasta después de la pubertad, no volvió el paciente a tener sueños angustiosos, y aun así sólo ocasionalmente.

Veamos ahora la peculiar decisión de no volver a tener miedo. El proceso dinámico aquí involucrado no pudo aclararse a fondo. Sin embargo, toda la vida del paciente estaba determinada por decisiones similares; no podía hacer cosa alguna sin tomar una decisión específica. La base de estas decisiones era su tenacidad anal y la estricta demanda parental de autocontrol. La tenacidad anal era también la base energética de su bloqueo afectivo el cual, entre otras cosas, significaba una actitud universal *Götz-von-Berlichingen* hacia el mundo entero. Sólo al cabo de seis meses de análisis descubrimos que antes de llamar a mi puerta, el paciente recitaba invariablemente la frase de Götz tres veces, en voz

alta, como protección mágica contra el análisis. No podía haber mejor forma de expresar en palabras su bloqueo afectivo.

Los componentes más importantes del bloqueo afectivo eran pues su tenacidad anal y la reacción contra su sadismo; esta coraza absorbía tanto su energía sádica como su intensa angustia infantil (angustia estática más angustia de castración). Sólo cuando el análisis hubo penetrado esta muralla de diversas represiones y formaciones reactivas, llegamos a sus intensos deseos de incesto genital.

El desarrollo de una fobia indica que el yo era demasiado débil para dominar ciertos impulsos libidinales. El desarrollo de un rasgo de carácter o de una actitud típica a expensas de una fobia, significa un fortalecimiento del yo en forma de una coraza crónica contra el ello y el mundo exterior. La fobia significa una escisión de la personalidad, la formación de un rasgo de carácter significa una unificación, una reacción yoica de síntesis ante un conflicto en la personalidad, que finalmente se torna intolerable.

A pesar de este contraste entre la fobia y la consiguiente formación caracterológica, la tendencia básica de la primera se continúa en el rasgo de carácter. El señorío del primer paciente, el bloqueo afectivo del carácter compulsivo, la cortesía del carácter pasivo-femenino, etc., no son, al igual que la fobia que les precedió, sino *actitudes de evitación*.

La coraza da como resultado cierto fortalecimiento del yo, pero al mismo tiempo una limitación de la acción y la motilidad. Cuanto más obstaculiza la capacidad de experiencia sexual, tanto más se asemeja la estructura a la del carácter neurótico, tanto mayor es la probabilidad de un nuevo colapso del yo. En una ulterior enfermedad neurótica, la antigua fobia irrumpe nuevamente porque la coraza caracterológica resulta insuficiente para dominar las excitaciones libidinales contenidas y la angustia estática. En la enfermedad neurótica típica podemos distinguir las fases siguientes:

1. Conflicto infantil entre libido y frustración;
2. Represión del impulso libidinal; fortalecimiento del yo;
3. Irrupción de lo reprimido, fobia; debilitamiento del yo;
4. Dominio de la fobia por la formación de un rasgo neurótico de carácter; fortalecimiento del yo;
5. Conflicto adolescente (o un proceso cuantitativamente análogo): insuficiencia de la coraza caracterológica;
6. Reparación de la antigua fobia o formación de un síntoma correspondiente;
7. Renovado intento del yo por dominar la angustia fóbica mediante la coraza caracterológica.

Entre los adultos que acuden al análisis, se pueden distinguir fácilmente dos tipos: los que se encuentran en la fase del colapso (fase 6), en la cual se desarrollan síntomas sobre la base neurótica de reacción (renovada formación de una fobia, etc.); y los que están ya en la fase de reconstrucción (fase 7), donde el yo ha comenzado con buenos resultados a incorporar los síntomas. Una compulsión circunscripta y dolorosa, por ejemplo, pierde su agudeza y su dolor cuando el yo *total* des-

arrolla rituales que saturan las actividades cotidianas en forma tal que aquélla resulta discernible sólo al ojo del observador adiestrado. Esto simula una autocuración. Pero debe recordarse que la diseminación y la dilución de los síntomas menoscaba la capacidad para la acción, no menos que el síntoma circunscripto; ahora, el paciente ya no busca el tratamiento debido a un síntoma doloroso sino debido a una perturbación general en el trabajo, falta de alegría en la vida, etc. Así, existe una continua lucha entre el yo y sus síntomas, entre la formación de síntomas y la incorporación de los mismos. Toda incorporación de síntomas, sin embargo, va paralela a un cambio de carácter. Estas últimas incorporaciones de los síntomas al yo, sólo reflejan ese proceso infantil en el cual una fobia infantil se transformó en estructura caracterológica.

Hemos hablado de la fobia porque es la expresión más interesante y, desde el punto de vista de economía de la libido, la más importante de una unidad personal perturbada. Pero los procesos que hemos descrito pueden tener lugar en el caso de cualquier angustia en la temprana infancia. El temor plenamente racional a un padre brutal, por ejemplo, puede inducir crónicos cambios de carácter tales como el empecinamiento o la dureza, que toman el lugar de la angustia.

Dado que las experiencias de angustia infantil y otras situaciones conflictivas del complejo de Edipo pueden determinar la estructura de carácter, una experiencia infantil puede ser registrada en dos formas distintas: en cuanto al *contenido*, como ideas inconscientes, y en cuanto a la *forma*, en actitudes del carácter. Esto puede ilustrarse brevemente en el siguiente ejemplo clínico:

Un hipocondríaco narcisista-masquista se entregaba a incesantes y violentas lamentaciones acerca del trato estricto que sufriera por parte del padre. Todo el contenido de meses de análisis puede resumirse en la siguiente forma: "Mire lo que he sufrido por obra de mi padre. Me ha arruinado y me ha hecho inepto para la vida". Sus conflictos infantiles con el padre habían sido minuciosamente elaborados en un análisis de un año y medio con otro analista; pese a ello, casi no se había producido cambio alguno en sus síntomas ni en su comportamiento.

Por último, me llamó la atención cierto aspecto de su conducta. Sus movimientos eran flácidos, su expresión cansada, su hablar monótono y sombrío. Su entonación revelaba el significado de su conducta: hablaba en forma torturada, como si estuviese agonizando. Me enteré de que también fuera del análisis adoptaba en ciertas situaciones este letargo inconscientemente representado. El significado de este modo de hablar era también: "Mire lo que mi padre ha hecho de mí, cómo me tortura. Me ha arruinado". Su actitud era un severo reproche.

El efecto de que yo interpretara su "agonía", sus lamentaciones y su modo de hablar lleno de reproches, fué sorprendente. Fué como si con la solución de este último y formal punto de fijación de su relación con el padre, logaran efectividad todas las anteriores interpretaciones de contenido. Mientras el modo de hablar no hubiese traicionado su significado inconsciente, sirvió para ligar gran cantidad de los efectos de su relación con el padre; por este motivo, los contenidos de la re-

lación, si bien habían sido hechos conscientes, llevaban en sí demasiado poco afecto para ser terapéuticamente eficaces.

El mismo aspecto de la estructura infantil inconsciente se conserva y se expresa en dos formas: en *lo que* el individuo hace, dice o piensa, y en *la manera* en que el individuo actúa, habla o piensa. Ha de notarse que el análisis del “qué” —pese a la unidad de contenido y forma— deja intacto el “cómo”; que este “cómo” sirve de escondite a los mismos contenidos psíquicos que ya parecían disueltos o hechos conscientes por el análisis del “qué”; y finalmente, que el análisis del “cómo” es particularmente eficaz para liberar los afectos.

CAPÍTULO X

ALGUNAS FORMAS CARACTEROLÓGICAS DEFINIDAS

I. EL CARÁCTER HISTÉRICO

Nuestro estudio de la diferenciación de los tipos caracterológicos parte de dos hechos: primero, no importa cuál sea la forma del carácter, su función básica es construir una coraza contra los estímulos del mundo exterior y contra los impulsos internos reprimidos. Segundo, la forma externa de esta coraza tiene sus determinantes históricos específicos. Quizá las condiciones más importantes para la diferenciación caracterológica sean el carácter de las personas que ejercen la principal influencia educativa, y la etapa del desarrollo en la cual se producen las frustraciones decisivas. Debe existir una relación definida entre las manifestaciones externas del carácter, sus mecanismos internos, y la historia específica de su desarrollo.

El carácter histérico —por complicados que puedan ser los síntomas y reacciones correspondientes— representa el tipo más sencillo de coraza caracterológica. Su característica más sobresaliente es una *conducta sexual evidente*, en combinación con un tipo específico de *agilidad corporal* teñida de un matiz definitivamente sexual. Esto explica el hecho de que la vinculación entre las histerias femeninas y la sexualidad se haya conocido desde hace ya mucho tiempo. En las mujeres, el carácter histérico se evidencia por una coquetería disfrazada o desembozada en el andar, en la mirada y en el hablar. En los hombres existe además blandura y cortesía excesiva, expresión facial femenina y comportamiento femenino (cf. la historia clínica del Capítulo IV, *supra*, pág. 81 y sig.).

Los rasgos mencionados aparecen junto a una aprensividad más o menos franca. Esto resulta evidente en modo particular cuando la conducta sexual parece próxima a alcanzar sus objetivos; entonces el carácter histérico siempre se retira o adopta una actitud pasiva, angustiada. Tan violenta como fué antes la acción histérica, igualmente intensa es ahora la pasividad. En el acto sexual, hay a menudo un aumento de actividad sin la correspondiente experiencia sexual. Esta actividad es un intento de superar una intensa angustia.

En el carácter histérico, la expresión facial y el andar nunca son duros y pesados como en el carácter compulsivo, o confiados y arrogantes como en el fálico-narcisista. En el caso típico, los movimientos son blandos, más o menos como rolando, y sexualmente provocadores. La impresión total es de fácil excitabilidad, a diferencia, por ejemplo, del autocontrol del carácter compulsivo.

Si bien la coquetería apareada a la aprensividad y asimismo a la agilidad corporal, son evidentes de inmediato, los demás rasgos específicos del carácter histérico se mantienen ocultos. Entre ellos figuran la inconstancia de las reacciones, es decir, una tendencia a cambios de conducta inesperados e impensados; una marcada susceptibilidad a la sugestión, siempre unida a una firme tendencia a reacciones de decepción: con la misma rapidez con que un carácter histérico —a diferencia del compulsivo— se deja convencer aun de lo más improbable, abandonará esa convicción y la reemplazará por otras adquiridas con igual facilidad. La aquiescencia se ve entonces rápidamente reemplazada por lo contrario; rápida depreciación y menosprecio sin fundamento. La sugestibilidad del carácter histérico le predispone a la hipnosis pasiva, pero también a los vuelos de la imaginación. Se relaciona con la extraordinaria capacidad de formar ligazones sexuales de índole infantil. La vívida imaginación da origen con facilidad a la mentira patológica, pues las experiencias imaginadas pueden concebirse y narrarse como experiencias reales.

Así como el carácter histérico se expresa en forma marcada en la conducta corporal, en la misma forma tiende a representar los conflictos psíquicos mediante síntomas somáticos. Esto puede entenderse fácilmente en virtud de la estructura libidinal.

El carácter histérico está determinado por una fijación en la fase genital del desarrollo infantil, con su ligazón incestuosa. De esta fijación deriva el carácter histérico su marcada agresividad genital, así como su aprensividad. Los deseos de incesto genital están reprimidos, mas han conservado toda su catexis; no están reemplazados por impulsos pregenitales como en el caso del carácter compulsivo. En la medida en que en el carácter histérico desempeñan un papel los impulsos pregenitales, es decir, orales, anales o uretrales, constituyen representaciones de la genitalidad o están al menos combinadas con ella. En el carácter histérico, tanto la boca como el ano representan siempre el genital femenino, mientras en otras formas caracterológicas estas zonas conservan su función pregenital original. Como lo expresara Ferenczi, el carácter histérico lo genitaliza todo; las otras formas de neurosis reemplazan la genitalidad por mecanismos pregenitales, o bien dejan que el genital funcione como pecho, boca o ano, mecanismo que yo he denominado inundación de lo genital con libido pregenital. Dado que el carácter histérico sufre siempre de una severa perturbación sexual, y dado que la estasis de libido genital ejerce los efectos más pronunciados, la agilidad sexual debe ser tan intensa como las reacciones de angustia. El carácter histérico, a diferencia del carácter compulsivo, sufre de una tensión sexual directa.

Eso nos trae a la naturaleza de la coraza caracterológica. La coraza está mucho menos solidificada, es mucho más lábil que en el carácter compulsivo. Es simplemente una defensa aprensiva contra los impulsos de incesto genital. Parece paradójico, pero es un hecho, que aquí la sexualidad genital esté al servicio de algo dirigido contra sí misma: cuanto más aprensiva es la actitud total, tanto más pronunciada es la

conducta sexual. El significado de esta función es el siguiente: el carácter histérico tiene impulsos genitales intensos e insatisfechos, inhibidos por la angustia genital; así, se siente constantemente expuesto a los peligros correspondientes a sus temores infantiles; el impulso genital original se utiliza entonces para tantear, por así decirlo, la índole y la magnitud de los peligros que amenazan. Así por ejemplo, cuando una mujer histérica hace propuestas sexuales particularmente activas, es erróneo suponer que se trata de una auténtica disposición sexual. Por el contrario, con el primer intento de aprovechar esta aparente disposición, descubriremos que su conducta se convierte de inmediato en la opuesta: angustia o cualquier tipo de defensa, incluyendo la huída motriz. La conducta sexual sirve pues a la finalidad de tantear si los peligros esperados se materializarán, y desde dónde lo harán. Esto resulta evidente en las reacciones transferenciales durante el tratamiento analítico. El carácter histérico ignora siempre el significado de su conducta sexual, lucha contra el hecho de llegar a conocerlo, se indigna sobremanera ante tales "sugerencias"; en pocas palabras, pronto comprendemos que lo que parece un impulso sexual es sexualidad en función de defensa. Sólo después de haber desenmascarado esto y haber disuelto analíticamente la angustia genital infantil, aparece en su función original el impulso genital hacia un objeto; en la medida en que eso sucede, el paciente pierde también la exagerada agilidad sexual. El hecho de que esta conducta sexual exprese también otros impulsos secundarios, tales como narcisismo primitivo o el deseo de dominar o de causar impresión, carece de importancia en este contexto.

En la medida en que se encuentran en el carácter histérico otros mecanismos además de los genitales, ya no pertenecen específicamente a este tipo caracterológico. A menudo encontramos por ejemplo mecanismos depresivos. En estos casos, se descubre que la fijación incestuosa-genital fué en parte reemplazada por una regresión a mecanismos orales. La marcada tendencia de los histéricos a las regresiones orales, se explica por la estasis sexual en esta zona y por el hecho de que, por haber asumido el papel del genital, la boca absorbe mucha libido ("desplazamiento desde abajo hacia arriba"). En este proceso, se activan también reacciones de tipo melancólico que pertenecen a la fijación oral original. El carácter histérico se presenta pues en su forma pura si es ágil, nervioso y vivaz; si es depresivo, retraído y autista, pone de manifiesto mecanismos ya no específicamente histéricos. No obstante ello, se justifica hablar de depresiones histéricas, como contraste con las depresiones melancólicas. La diferencia estriba en la medida en que la libido genital y las relaciones objetales están presentes junto a las actitudes orales. Esto explica las transiciones graduales en cuyos extremos encontramos la melancolía pura y, donde predomina la genitalidad, la pura histeria.

El carácter histérico presenta escasa tendencia a la sublimación y a la realización intelectual, y una tendencia a las formaciones reactivas mucho menor que otros tipos caracterológicos. Esto se debe también a que la libido no se descarga en la gratificación sexual que reduciría la hipersexualidad, ni las energías sexuales enraizan con amplitud en

el carácter; por el contrario, se descargan en inervaciones somáticas, en la angustia o en la aprensividad. Los mecanismos de la histeria se usan a menudo para demostrar la supuesta antítesis entre sexualidad y realización social. Lo que se pasa por alto con ello es que la franca incapacidad de sublimar es resultado, precisamente, de la inhibición sexual en presencia de la libido genital, y que sólo el establecimiento de la capacidad de gratificación libera el interés social y la realización social.

Con respecto a la economía sexual y a la prevención de las neurosis, debemos preguntarnos por qué el carácter histérico no puede transformar de alguna manera su estasis genital, tal como otros caracteres lo hacen con sus impulsos pregenitales. El carácter histérico no utiliza la libido genital para formaciones reactivas o para sublimaciones; más aún, no existe siquiera la formación de una sólida coraza caracterológica. El hecho es que las excitaciones genitales plenamente desarrolladas no se prestan a otra cosa que a la gratificación directa; su inhibición obstaculiza también severamente la sublimación de otros impulsos libidinales, porque los dota de un exceso de energía. Podríamos suponer que esto se relaciona con una cualidad específica de la genitalidad; es más probable, sin embargo, que se deba a la cantidad de libido involucrada en la excitación de la zona genital. El aparato genital puede suministrar la descarga *orgásmica*, mecanismo que no existe para ningún otro impulso parcial; por este motivo, es vital desde el punto de vista de la economía de la libido. Esto puede oponerse a ciertos conceptos éticos, pero no admite modificación. La aversión contra estos hechos puede comprenderse con facilidad: aceptarlos sería revolucionario.

2. EL CARÁCTER COMPULSIVO

Siendo la función más general del carácter la defensa contra los estímulos y el mantenimiento del equilibrio psíquico, debe ser particularmente fácil ponerlo de manifiesto en el carácter compulsivo, pues se trata de una de las formaciones psíquicas mejor estudiadas. Existen transiciones fluidas que van desde los conocidos síntomas de compulsión hasta las correspondientes actitudes caracterológicas. Puede faltar la compulsión neurótica de orden y la prolijidad, pero *una preocupación pendiente por el orden* es un rasgo típico del carácter compulsivo. Toda su vida, en todos sus aspectos principales y secundarios, se desarrolla conforme a un programa preconcebido, inviolable. Todo cambio en el programa se experimenta como displacer, en los casos más pronunciados provoca incluso angustia. Debido a la minuciosidad que le acompaña, este rasgo de carácter puede ayudar al individuo a hacer muchas cosas; por otra parte, también reduce considerablemente la capacidad de trabajo, pues excluye todo cambio rápido y toda adaptación a situaciones nuevas. Puede tener valor para el funcionario, pero es un obstáculo para el individuo que trata de dedicarse al trabajo creador o que depende de las ideas nuevas. Así, rara vez encontraremos caracteres compulsivos entre los grandes estadistas; es más probable descubrirlos entre los

hombres de ciencia. Pero como la pedantería paraliza toda especulación, este rasgo imposibilitará todo descubrimiento precursor. Esto nos conduce a otro rasgo de carácter que nunca falta: la tendencia al *pensamiento circunstanciado, caviloso*. Existe una incapacidad de concentrarse más aquí que allá, conforme a la significación racional de un objeto; la atención se divide siempre en forma más o menos pareja; las cosas no esenciales se piensan con minuciosidad no menor que otras, centro del interés profesional. Cuanto más rígido y patológico se presenta este rasgo, tanto más se concentran el pensamiento y la atención en cosas no esenciales, tanto más se excluyen del pensamiento las cosas racionalmente importantes. Esto es resultado de un desplazamiento de catexis inconscientes; es decir, las ideas que han llegado a ser inconscientemente importantes son reemplazadas por ideas insignificantes, traídas de los cabellos. Forma parte del proceso general de represión y va dirigido contra las ideas reprimidas. Por lo común, existen cavilaciones infantiles acerca de cosas prohibidas, a las cuales nunca se permite llegar a la preocupación real. Estas cavilaciones tienen lugar también según esquemas históricamente determinados; en los trabajadores intelectuales, dificultan en forma considerable la movilidad intelectual. En muchos casos, esto se compensa con una capacidad superior a la común para el pensamiento lógico abstracto. Las dificultades críticas están mejor desarrolladas que las creadoras.

Otro rasgo nunca ausente en el carácter compulsivo es la *economía*, si no la *avaricia*. Pedantería, minuciosidad, tendencia a la cavilación y economía, todas derivan de una sola fuente instintiva, el erotismo anal; son formaciones reactivas contra aquellas tendencias que desempeñaron un papel de primordial importancia en la fase del aprendizaje del control de esfínteres. En la medida en que estas formaciones reactivas no han logrado éxito, encontramos rasgos de índole exactamente opuesta que, junto con los mencionados, son también típicos del carácter compulsivo. Mejor dicho, son irrupciones de las tendencias originales. Encontramos entonces desorden, pereza, incapacidad de tratar el dinero, etc. La gran tendencia a *coleccionar* cosas completa la lista de los derivados caracterológicos del erotismo anal. Mientras aquí la conexión con el interés en las funciones de evacuación es evidente, sigue siendo obscura la vinculación entre la cavilación y el erotismo anal. Aunque siempre encontramos una relación con las reflexiones acerca de dónde vienen los niños, es difícil comprender la transformación del interés por la defecación en una manera específica de pensar. Lo que sabemos aquí se funda en los correspondientes trabajos de Freud, Abraham, Jones y Ophuijsen.

Hay otros rasgos de carácter que no derivan de los impulsos anales, sino de los impulsos sádicos de ese período determinado. Los caracteres compulsivos presentan siempre marcadas *reacciones de compasión y sentimientos de culpa*. Esto no contradice el hecho de que sus demás rasgos no son en manera alguna agradables a los demás; más aún, en el orden exagerado, en la pedantería, etc., a menudo se encuentra gratificación directa para impulsos hostiles y agresivos. Correspondiendo a la fijación

del carácter compulsivo en la etapa sádico-anal del desarrollo de la libido, estos rasgos son formaciones reactivas contra las tendencias opuestas. Debe destacarse que podemos hablar de carácter compulsivo sólo cuando estos rasgos están presentes en su totalidad, mas no si alguien es —pongamos por caso— pedante sin mostrar otros rasgos del carácter compulsivo. Por ejemplo, si un carácter histérico muestra también tendencia a la pedantería o a la cavilación, no puede por eso ser calificado de compulsivo.

Si bien los rasgos hasta ahora mencionados son derivados directos de ciertos impulsos parciales, existen otros rasgos típicos que muestran una estructura más complicada y resultan de la acción recíproca de varias fuerzas. Entre ellos se encuentra la *indecisión, la duda y la desconfianza*. En su aspecto exterior, el carácter compulsivo muestra un acentuado *freno y control*; sus reacciones afectivas, tanto negativas como positivas, son tibias; en los casos extremos, esto se convierte en un *completo bloqueo afectivo*. Estos últimos rasgos son ya de índole formal, y nos traen a nuestro verdadero tema, la dinámica y la economía del carácter.

El freno y la uniformidad en el vivir y en el pensar, acoplados a la indecisión, constituyen el punto de partida de nuestro análisis de la forma caracterológica. No pueden derivar de impulsos individuales, tal como los contenidos de los rasgos de carácter; confieren al individuo su sello particular; forman, en el análisis, el núcleo de la resistencia caracterológica. La experiencia clínica revela que los rasgos de duda, desconfianza, etc., obran como resistencia en el análisis y no pueden ser eliminados mientras no se logre quebrar el bloqueo afectivo. Esto merece por lo tanto que le dediquemos nuestra atención especial. Nos limitaremos en esencia a los elementos formales, pues los otros son bien conocidos.

Tendremos que recordar primero lo que se sabe del desarrollo libidinal de un carácter compulsivo. Hubo una fijación central en el nivel sádico-anal, es decir, hacia la edad de dos o tres años. El adiestramiento de esfínteres tuvo lugar demasiado pronto, lo que condujo a fuertes formaciones reactivas, tal como un autocontrol extremado, incluso a una edad muy temprana. El estricto adiestramiento de esfínteres despertó una fuerte terquedad anal, la cual movilizó también impulsos sádicos. En la típica neurosis de compulsión el desarrollo continúa sin embargo hasta la fase fálica. Es decir, se activó la genitalidad, pero pronto volvió a abandonársela, en parte debido a fuertes inhibiciones establecidas a una edad muy temprana, en parte debido a la actitud antisexual de los padres. En la medida en que se desarrolló la genitalidad, lo hizo —correspondiendo al desarrollo previo de la analidad y del sadismo— en forma de agresión fálico-sádica. No necesitamos decir que un varón reprimirá sus impulsos genitales tanto más rápidamente cuanto más agresiva sea su constitución sexual adquirida y cuantas más inhibiciones y sentimientos de culpa se hagan sentir, provenientes de una fase anterior del desarrollo. Así pues, es típico de la neurosis de compulsión que a la represión de la genitalidad siga una regresión hacia

la etapa anterior de intereses anales y de agresividad. Durante el llamado período de latencia¹ —particularmente bien desarrollado en los caracteres compulsivos— las formaciones reactivas anales y sádicas se intensifican y dan forma al carácter final. Durante la pubertad, bajo la influencia del creciente acicate sexual, el proceso se repite en forma abreviada. Por lo general, hay al principio violentos impulsos sádicos hacia las mujeres (fantasías de violación, de castigos, etc.), acompañados por un sentimiento de debilidad afectiva y de inferioridad afectiva; éstos despiertan compensaciones narcisistas bajo la forma de formaciones reactivas éticas y estéticas. Las fijaciones anal y sádica se intensifican o —al cabo de un movimiento breve y por lo común infructuoso en dirección a la actividad genital— se reactivan, lo cual provoca una ulterior elaboración de las correspondientes formaciones reactivas. Como resultado de estos procesos de profundidad, la pubertad del carácter compulsivo adopta un curso típico. Existe, sobre todo, un progresivo achatamiento de las reacciones afectivas, que puede impresionar al observador poco adiestrado como un “ajuste” social especialmente bueno, y quizá el paciente mismo lo experimente como tal. Pero junto a este bloqueo afectivo figura un sentimiento de vacío interior y un intenso deseo de “comenzar de nuevo la vida”, lo cual se intenta a menudo por los medios más absurdos. Uno de estos pacientes desarrolló un sistema muy complicado conforme al cual iba a realizar todas las tareas principales y secundarias de su vida. Todo estaba calculado al segundo, de suerte que el paciente comenzaría de nuevo su vida en una fecha determinada, exacta. Como nunca pudo llenar las condiciones impuestas por él mismo a su sistema, siempre hubo de volver a comenzar, una y otra vez.

El mejor objeto para el estudio de las perturbaciones formales del carácter compulsivo es el bloqueo afectivo. No se trata en manera alguna, como podría parecerlo, de una actitud pasiva del yo. Por el contrario, difícilmente exista otra formación reactiva en la cual el análisis ponga al descubierto un trabajo de defensa tan activo y tan intenso. ¿Qué es, pues, lo que se evita, y cuáles son los medios empleados? El modo típico de represión en el carácter compulsivo consiste en disociar los afectos de las ideas, de modo que a menudo pueden aparecer en la conciencia ideas muy censurables. Uno de estos pacientes soñaba y hablaba abiertamente del incesto con su madre, incluso de violación por la fuerza, pero todo ello le dejaba absolutamente impávido. Faltaban por completo la excitación genital y la excitación sádica. Si analizamos a estos pacientes sin concentrarnos en el bloqueo afectivo, obtenemos, es cierto, mayor material inconsciente, quizá incluso una débil excitación ocasional, pero nunca los afectos que corresponderían a las ideas. ¿Dónde se mantienen escondidos? En la medida en que no los absorben los síntomas, han de encontrarse en el bloqueo afectivo mismo. Lo demuestra el hecho de que cuando logramos romper este bloqueo, reaparecen los

¹ El desarrollo sexual de niños pertenecientes a pueblos primitivos demuestra que el período de latencia no es un fenómeno biológico, sino sociológico, creado por la supresión sexual.

afectos en forma espontánea, al comienzo por lo general en forma de angustia.

Debe destacarse que en un principio no se liberan impulsos genitales, sino sólo agresivos. La capa superficial de la coraza consiste, entonces, en energía agresiva. ¿Qué es lo que la liga? La energía agresiva está ligada en el bloqueo afectivo con ayuda de energías erótico-anales. El bloqueo afectivo es un gran espasmo del yo, que hace uso de las condiciones espásticas somáticas. Todos los músculos del cuerpo, pero en especial los de la pelvis y los del piso pélvico, de los hombros y la cara, están en un estado de hipertonia crónica. De aquí la fisonomía "dura", a veces parecida a una máscara, de los caracteres compulsivos, y su torpeza física. El yo toma de las capas reprimidas las tendencias anales de contención y las utiliza para defenderse de los impulsos sádicos. Así pues, mientras la analidad y la agresión van juntas en el inconsciente, adoptan una función antitética en la defensa: la analidad, la contención, se usa como una defensa contra la agresión, y viceversa. Significa que no podemos liberar las energías anales a menos de disolver el bloqueo afectivo. Esto nos recuerda un paciente aquejado de bloqueo afectivo quien, cada vez que llamaba a mi puerta, recitaba tres veces la frase de Götz. Era como si dijese: "Quisiera matarlo, pero debo controlarme; por lo tanto, puede usted..."

El carácter pasivo-femenino también evita su agresión por medio de tendencias anales, pero de manera distinta. En él, la analidad trabaja en la dirección original como impulso libidinal objetal; en el carácter compulsivo, en cambio, lo hace en forma de contención anal, es decir, como formación reactiva. Correspondientemente, la homosexualidad pasiva no es en el carácter compulsivo tan superficial y tan relativamente poco reprimida como en el carácter pasivo-femenino, que pertenece al tipo del carácter histérico.

¿Cómo es posible que la contención anal del carácter sea tan poderosa como para convertir a los pacientes en máquinas vivas? No sólo por acción de las formaciones reactivas anales. El sadismo ligado al bloqueo afectivo no es sólo un objeto, sino también su medio en la defensa contra la analidad. Es decir, mediante la energía agresiva se evita también el interés por la función anal. Toda expresión afectiva y viviente provoca en el inconsciente las antiguas excitaciones sin resolver, por lo cual existe un temor consciente de que pueda suceder un accidente, de perder el autocontrol. Puede verse con facilidad que esto abre el camino a todo el conflicto infantil entre el impulso a dejarse ir, a abandonarse, y la necesidad de autocontrol debido al temor al castigo. El correcto análisis del bloqueo afectivo conduce a una irrupción en este conflicto central y al desplazamiento de la correspondiente catexis, nuevamente hacia las posiciones originales. Esto, sin embargo, es un sinónimo de disolución de la coraza.

Partiendo del bloqueo afectivo, llegamos también a los anclajes efectivos de las primeras identificaciones y del superyó: la exigencia de autocontrol, en sus comienzos impuesta desde afuera a un yo que la resistía, fué aceptada internamente. Más aún, se convirtió en un modo-

de reacción rígido, crónico, inalterable; esto pudo lograrse sólo con ayuda de las energías reprimidas del ello.

El análisis sistemático de la resistencia conduce a la separación de dos diferentes impulsos sádicos, contenidos en el bloqueo afectivo. Lo que se libera por lo común en primer término es el sadismo *anal* con sus objetivos de golpear, patear, aplastar, etc. Una vez elaborados éstos y disueltas las fijaciones anales, ocupan más y más el primer plano los impulsos *fálico-sádicos*, tales como el agujerear y pinchar. Es decir, se elimina la regresión y comienza la catexis de la posición fálica. En este punto, hace su primera aparición de manera afectiva la angustia de castración y comienza el análisis de las represiones genitales. En los caracteres compulsivos, a menudo reaparece en esta etapa la antigua fobia infantil.

Encontramos entonces en el carácter compulsivo dos capas de represiones: la más superficial es la sádica y anal; la más profunda, la fálica. Esto corresponde a una inversión en la dirección del proceso regresivo. Lo que en el proceso de regresión fué investido de afecto más recientemente, queda más próximo a la superficie; los impulsos de la libido genital objetual son los más profundamente reprimidos y están cubiertos por capas de posiciones pregenitales. Estas relaciones estructurales ponen en claro lo erróneo que sería tratar de hacer comprender afectivamente al paciente las débiles manifestaciones de impulsos genitales de objeto *antes* de haber elaborado las capas pregenitales. Si fuéramos a hacer tal cosa, el paciente lo aceptaría todo friamente, o lo apartaría de sí con dudas y desconfianza.

A este respecto, debemos decir algunas palabras acerca de la ambivalencia y la duda. Constituyen los obstáculos más difíciles, a menos de poder, desde un comienzo, separar unos de otros los impulsos que conforman la ambivalencia. Esta representa un conflicto entre el amor y el odio a una misma persona y, en una capa más profunda, una inhibición de los impulsos tanto libidinales como agresivos, por temor al castigo. Si analizamos simultáneamente todas las manifestaciones, sin discriminar, no podemos dominar la ambivalencia y quizá lleguemos al supuesto de una predisposición ambivalente biológica, es decir, inalterable. En cambio, si procedemos de acuerdo con consideraciones estructurales y dinámicas, pronto predominará el odio; después de analizado, cristalizarán los impulsos libidinales. El mejor medio para este *escindir la ambivalencia* es un laborioso análisis de la desconfianza, desde el comienzo mismo del tratamiento.

No necesitamos insistir en que no podíamos aquí sino señalar los rasgos más esenciales del carácter compulsivo.

3. EL CARÁCTER FÁLICO-NARCISISTA

La formulación de un "carácter fálico-narcisista" fué resultado de la necesidad de definir formas caracterológicas intermedias entre la neurosis compulsiva y la histeria. Aquéllas ponen de manifiesto formas circunscritas que difieren de manera marcada, tanto en manifestación como

en génesis, de los otros dos tipos. La expresión “carácter fálico-narcisista” o, menos correctamente, “carácter genital-narcisista”, se ha abierto camino en la terminología psicoanalítica durante los últimos años. Describí este tipo por primera vez en un artículo hasta ahora inédito, leído ante la Sociedad Psicoanalítica de Viena en octubre de 1926.

Aun en su aspecto exterior, el carácter fálico-narcisista difiere del compulsivo y del histérico. Mientras el primero es predominantemente inhibido, controlado y depresivo, y mientras el histérico es nervioso, ágil, aprensivo y lábil, el carácter fálico-narcisista típico es seguro de sí mismo, a menudo arrogante, elástico, vigoroso y con frecuencia dominador. Cuanto más neurótico el mecanismo interior, tanto más saltan a la vista estos modos de conducta. En cuanto al tipo corporal, pertenecen en su mayoría al tipo atlético de Kretschmer. La expresión facial muestra por lo común rasgos duros, marcados, masculinos, mas con no poca frecuencia también femeninos, como de niña, pese al porte atlético. La conducta cotidiana nunca es huidiza como en los caracteres pasivo-femeninos, sino por lo común altanera, quizá fría y reservada, quizá sardónicamente agresiva o “erizada de púas” como lo expresara uno de estos pacientes. En el comportamiento en relación con el objeto, incluido el objeto amoroso, siempre domina el elemento narcisista sobre el elemento libidinal objetal, y existe siempre una mezcla de rasgos sádicos más o menos disfrazados.

Estos individuos se anticipan por lo general a cualquier ataque esperado, con un ataque de parte de ellos. Muy a menudo la agresión se expresa no tanto en lo que dicen o hacen, cuanto en la manera en que dicen o hacen. Aparecen como agresivos y provocativos ante personas que no disponen de su propia agresión. Los tipos francos tienden a lograr posiciones rectoras en la vida y se rebelan contra la subordinación a menos de poder —como en el ejército o en otras organizaciones jerárquicas— compensar la necesidad de subordinación ejerciendo su dominio sobre otros situados en peldaños más bajos de la escala jerárquica. Si sienten su vanidad herida, reaccionan con fría reserva, con profunda depresión o con vivaz agresión. A diferencia de otros caracteres, su narcisismo no se expresa de manera infantil sino en la exagerada ostentación de confianza en sí mismos, de dignidad y superioridad, pese a que la base de sus caracteres no es menos infantil que en los demás. La comparación de su estructura con la de un carácter compulsivo, por ejemplo, muestra a las claras la diferencia entre narcisismo pregenital y fálico. Pese a su preocupación narcisista consigo mismos, a menudo muestran marcadas ligazones con cosas y personas del exterior. En este aspecto, se asemejan más al carácter genital; difieren de él, sin embargo, en que sus actos están determinados en forma más intensa y extensa por motivos irracionales. No por accidente este tipo se encuentra en su mayor número entre atletas, aviadores, soldados e ingenieros. Uno de los rasgos más importantes es el valor agresivo, así como el carácter compulsivo se caracteriza por la vacilación prudente y el pasivo-femenino, por evitar las situaciones peligrosas. El éxito en la realización se ve muy poco influido por el hecho de que el valor y el empuje del fálico-narcisista

difiera de las mismas facultades del carácter genital por ser también compensatorias, teniendo como misión la de evitar impulsos opuestos.

El carácter fálico-narcisista difiere del compulsivo en la falta de formaciones reactivas contra su conducta abiertamente agresiva y sádica. Tendremos que demostrar que esta misma conducta agresiva desempeña una función de defensa. En representantes relativamente poco neuróticos de este tipo, gracias a la libre agresión, la realización social es fuerte, impulsiva, enérgica y por lo común productiva; cuanto más neurótico es el carácter, tanto más peculiar y unilateral es la realización; a partir de aquí, existen toda suerte de transiciones hasta la formación de sistemas paranoídeos. La realización difiere de la del carácter compulsivo en una mayor audacia y una menor atención a los pormenores y a las cuestiones de detalle.

Los hombres fálico-narcisistas muestran una gran potencia erectiva, si bien son orgáستicamente impotentes. Las relaciones con mujeres se ven perturbadas por el desprecio que sienten hacia el sexo femenino, desprecio rara vez ausente en estas estructuras. Pese a ello, son objetos sexuales altamente deseados pues en su aspecto exterior ostentan todos los rasgos de la masculinidad. En las mujeres, el carácter fálico-narcisista se presenta con mucha menor frecuencia. Las formas decididamente neuróticas se caracterizan por una homosexualidad activa y por una sexualidad clitorídea; las genítalmente más sanas, por una gran confianza en sí mismas, basada en el vigor físico y en la belleza.

El carácter fálico-narcisista abarca casi todas las formas de la homosexualidad activa, masculina y femenina; la mayor parte de la llamada insania moral, paranoia y formas de la esquizofrenia con ella vinculadas; también muchos casos de eritrofbia y de perversiones manifiestamente sádicas, éstas entre los hombres. También pertenecen a este tipo muchas mujeres productivas.

Pasemos ahora a la estructura y génesis de este tipo caracterológico. Debemos distinguir aquí entre los impulsos que encuentran gratificación directa en la conducta fálico-narcisista, y los que constituyen el aparato de protección narcisista. En su forma típica, el análisis revela una identificación del yo total con el falo, en las mujeres la fantasía de tener un pene; también una ostentación más o menos franca de ese yo. En la eritrofbia, este impulso está reprimido e irrumpe en forma de un acentuado sentimiento de vergüenza y en el rubor facial. Estos casos tienen en común una fijación en esa fase del desarrollo infantil en la cual se acababa de abandonar la posición sádico-anal, pero no se había alcanzado aún la posición libidinal objetal; esa fijación se caracteriza, por lo tanto, por una concentración orgullosa, confiada en sí misma, en el propio genital. Esto no es, sin embargo, explicación suficiente. El fálico-narcisista se caracteriza no sólo por su orgullo fálico, sino más aún por los motivos que le fuerzan a permanecer en esa etapa del desarrollo.

El orgullo por el falo real o fantaseado va paralelo a una acentuada agresión fálica. Para el inconsciente del hombre de este tipo, el pene no está al servicio del amor; por el contrario, es un instrumento de agresión

y venganza. Esta es la base de su gran potencia erectiva, así como de su incapacidad de experimentar el orgasmo. La historia infantil revela casi siempre serias decepciones en el objeto del otro sexo, decepciones que ocurrieron precisamente en momentos en que se hacían intentos de conquistar ese objeto mediante la exhibición fálica. En los hombres, encontramos a menudo que la madre era la más fuerte de los dos progenitores, o que el padre había muerto prematuramente o había desaparecido de alguna manera del cuadro familiar.

La frustración de la actividad exhibicionista genital en la cúspide de su desarrollo, por la misma persona hacia la cual se manifestara el interés genital, resulta en una identificación con esa persona en el nivel *genital*. Es decir, el muchacho renunciará al objeto femenino, lo introyectará y se volverá hacia el padre en un papel homosexual activo (por ser fálico), mientras conserva a la madre como un objeto, con actitudes solamente narcisistas e impulsos de venganza sádica. En tales hombres, el acto sexual tiene el significado inconsciente de demostrar a la mujer, una y otra vez, su potencia; al mismo tiempo, significa desgarrar o destruir a la mujer y, en una capa más superficial, degradarla. A la inversa, en las mujeres fálico-narcisistas el motivo rector es el de vengarse del hombre, de castrarlo durante el acto sexual, de tornarle impotente o de hacerle parecer impotente. Esto no contradice en manera alguna la marcada atracción sexual que estos caracteres acentuadamente eróticos ejercen sobre el otro sexo. Se encuentran a menudo la poligamia neurótica, la activa creación de decepciones en el compañero, y la huida pasiva de la posibilidad de ser abandonado. En otros casos, cuando la sensibilidad narcisista perturba el mecanismo de compensación, la potencia erectiva es inestable, hecho que el paciente se resiste a admitir. Cuanto más perturbada la potencia, tanto más lábil es el estado de ánimo general, y hay a menudo una rápida alternancia de fases hipomaniacas, de confianza en sí mismo, y fases de severa depresión. En estos casos, la capacidad de trabajo se ve también severamente perturbada.

La actitud fálico-exhibicionista y sádica sirve también como defensa contra las tendencias opuestas. Después de la frustración genital, el carácter compulsivo se retrotrae a la anterior fase de la analidad y construye allí sus formaciones reactivas. El carácter fálico no regresa. Permanece en la etapa fálica; más aún, exagera sus manifestaciones *a fin de protegerse contra una regresión a la pasividad y la analidad*. En el curso del tratamiento de estos caracteres, acuden más y más a primer plano tendencias anales y pasivas que se ha tratado de evitar a toda costa. Constituyen el carácter, no en forma directa, sino por la defensa que el yo erige contra ellas en forma de sadismo fálico y exhibicionismo. Representan la inversa exacta del carácter pasivo-femenino, que evita sus impulsos genitales con ayuda del sometimiento anal y pasivo. El carácter fálico-narcisista, contrariamente, evita sus impulsos anales y pasivo-homosexuales, con ayuda de la agresión fálica. Los analistas describen a menudo estos caracteres como anales u homosexuales pasivos. Tal cosa es incorrecta. No puede denominarse fálico-sádico al carácter pasivo-femenino porque evite aquellas tendencias; análogamente, no puede deno-

minarse anal-pasivo al carácter fálico-narcisista por evitar las tendencias anales y pasivas. El carácter no está determinado por aquello que esquivo, sino por la forma en que se efectúa la defensa y por los impulsos de que ésta se vale.

En el caso de la insania moral, de la homosexualidad activa y del sadismo fálico, así como en las formas sublimadas tales como el atleta profesional, la defensa logra muy buenos resultados y las tendencias hechas a un lado, de homosexualidad anal y pasiva, se expresan sólo en ciertas exageraciones. En la paranoia, las tendencias rechazadas irrumpen ampliamente en forma de ilusiones. La eritrofobia se vincula muy de cerca con la forma paranoidea de este carácter; se la encuentra con mucha frecuencia en la historia de los esquizofrénicos paranoideos. Aquí tenemos una irrupción sintomática de la homosexualidad pasiva y anal que se había rechazado; debido a la aguda angustia de castración el paciente renuncia a masturbarse y la estasis sexual adicional, con sus manifestaciones vasomotrices, debilita la función defensiva del yo. Por su parte, el homosexual activo y el sádico fálico poseen una fuerte defensa de su yo mientras existe la gratificación libidinal eficaz. Si ésta se interrumpe por cualquier motivo durante un periodo considerable, la tendencia pasiva y anal también irrumpirá, ya sea en forma de un síntoma; ya francamente, sin disfraz alguno.

Entre los caracteres fálico-narcisista sádicos, encontramos a menudo toxicómanos y en especial alcoholistas. Esto se debe no sólo a la homosexualidad rechazada, sino también a otro rasgo específico de este tipo, también derivado de la frustración fálica. Tomemos el caso del hombre. La frustración del exhibicionismo fálico y de la masturbación por parte de la madre, conduce a una identificación con ella y a fortalecer la posición anal, previamente abandonada, así como la tendencia al comportamiento pasivo-femenino. Esto se ve contrarrestado de inmediato por un énfasis en las actitudes fálico-exhibicionistas y agresivas, es decir, masculinas. Sin embargo, en la identificación al nivel fálico con la mujer, se la dota de un pene fantaseado y se confiere también al propio falo el significado de mama. Por este motivo, las formas sexualmente activas de este carácter en los hombres, muestran una tendencia a la *fellatio* pasiva y activa, y una actitud maternal hacia los más jóvenes; las mujeres muestran análoga actitud hacia los tipos más jóvenes y más femeninos de mujer. En el alcoholismo existe también una regresión a la oralidad; por ello, los rasgos típicos del carácter fálico-narcisista no están tan claramente definidos.

Existen muchas otras formas de transición desde el carácter fálico-narcisista hasta el carácter genital sano, así como hasta las formas pre-genitales, severamente patológicas, de toxicomanía y de depresión crónica que pueden encontrarse en otros caracteres. Mucho se ha escrito sobre la relación entre el genio y la criminalidad. El tipo que aquí entendemos no pertenece al carácter histérico ni al masoquista, sino y en forma predominante al carácter fálico-narcisista. La mayoría de los criminales sexuales de los últimos tiempos pertenecieron a él, tal como Haarmann y Kürten, quienes habían sufrido las más severas decepciones

infantiles en cuanto a cariño y posteriormente ejercieron su venganza sobre el objeto amoroso. Landru, al igual que Napoleón y Mussolini, pertenecen a los caracteres fálico-narcisistas. La combinación de narcisismo fálico, sadismo fálico, y la simultánea compensación de los impulsos homosexuales pasivos y anales, hacen a los caracteres más enérgicos. Que este tipo se convierta en un genio creador o en un criminal en gran escala, depende en gran medida de la atmósfera social y de las posibilidades que ésta brinda para una descarga de la energía en forma sublimada. El otro factor determinante es la medida de gratificación genital, la cual a su vez determina la cantidad de energía canalizada en impulsos destructores de venganza. Esta diferenciación entre factores sociales y libido-económicos no pretende obliterar el hecho de que la incapacidad de alcanzar la gratificación sexual depende también de factores sociales y familiares. Hablando en términos constitucionales, parece haber en estos tipos una producción de energía libidinal superior a la común, lo que hace posible una agresión más intensa.

El tratamiento analítico de los caracteres fálico-narcisistas es una de las tareas más llenas de satisfacciones. Puesto que se ha alcanzado plenamente la fase fálica y que la agresión es relativamente libre, a igualdad de los demás factores establecer la potencia genital y social es más fácil que en otras formas caracterológicas. El análisis siempre tiene éxito si logramos desenmascarar las actitudes fálico-narcisistas como defensa contra tendencias pasivo-femeninas, y eliminar la tendencia inconsciente de venganza contra el otro sexo. Si no logramos esto, el paciente permanece en su inaccesibilidad narcisista. Su resistencia caracterológica consiste en un menosprecio agresivo hacia el análisis y el analista en formas más o menos encubiertas, un tomar a su cargo en forma narcisista la tarea de interpretación, y en la negación de toda tendencia pasiva o aprensiva, en particular de la transferencia positiva, así como en una defensa contra esas tendencias. Es posible reactivar la angustia fálica sólo mediante una disolución enérgica y consecuente de los mecanismos reactivos narcisistas. No deben seguirse de inmediato a niveles más profundos los signos superficiales de tendencias homosexuales anales y de pasividad, pues eso podría resultar en una completa inaccesibilidad.

CAPÍTULO XI

EL CARACTER MASOQUISTA

Nota del traductor de la versión inglesa: Una traducción de este capítulo se publicó en el *International Journal for Sex-economy and Orgone Research*, 3, 1944, 38 y sig., precedida del siguiente comentario de los editores:

Existen varias razones para publicar en este momento este capítulo del libro de Reich, *Charakteranalyse*.

Primero, en los últimos años se ha manifestado un interés en continuo aumento por este libro, y crecientes demandas de que se publicara una traducción al inglés, en particular por parte de los psicoanalistas. Por desgracia, no ha sido posible hasta la fecha traducir y publicar el libro. La publicación en este *Journal* de algunos capítulos seleccionados, puede satisfacer al menos en parte estas repetidas demandas.

Segundo, conviene de tiempo en tiempo retroceder y señalar los lazos históricos existentes entre la economía sexual de hoy y la matriz psicoanalítica en la cual se originara. El capítulo que hoy publicamos desempeña un papel de singular importancia en la historia de la economía sexual. Antes de aparecer como capítulo de *Charakteranalyse*, fué publicado como artículo en el *Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, Vol 18, 1932. Constituyó una piedra miliar, por haber suministrado la refutación clínica a la teoría de Freud sobre el instinto de muerte. Por primera vez en la historia de la patología sexual, se demostraron los hechos siguientes sobre la base de la investigación clínica:

a) Las manifestaciones erróneamente adjudicadas a un hipotético instinto de muerte se deben en realidad a una forma específica de angustia de orgasmo.

b) El masoquismo no es un instinto o un impulso en sentido biológico; es un impulso *secundario* en sentido económico-sexual, vale decir, un resultado de la represión de mecanismos sexuales naturales.

c) No existe impulso biológico alguno hacia el *displacer*, no existe instinto de muerte.

En los años posteriores, numerosos analistas tomaron partes de este esclarecimiento del problema del masoquismo, sin citar su fuente. Pero ninguno de ellos mencionó siquiera el aspecto *central* del problema, esto es, la perturbación masoquista *específica* de la función orgástica, que se expresa en un *temor a morir* o *temor a explotar*. Así, la solución del problema del masoquismo siguió siendo una realización exclusiva de la economía sexual.

La publicación de este artículo en 1932 fué acompañada por algunos acontecimientos de índole algo dramática. Freud, como director del *Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, accedió a publicar el trabajo sólo a condición de agregar una nota en la cual declararí­a que Wilhelm Reich había escrito este artículo contra la teoría del instinto de muerte, "al servicio" del partido comunista. Ciertos psicoanalistas

I. RESUMEN DE CONCEPTOS

La sexología anterior a Freud sostenía en esencia el punto de vista de que el masoquismo representaba una tendencia especial del instinto a obtener satisfacción del hecho de sufrir un dolor físico o moral. Como estos objetivos son desagradables, el problema central consistía en determinar cómo era posible que se pudiese aspirar al displacer, o que éste pudiese brindar siquiera alguna satisfacción. El uso de un término técnico era sólo evadir la cuestión: "algolagnia" no significa sino usar un rodeo para indicar que se hace un intento de obtener placer del hecho de ser herido u ofendido. Numerosos autores se acercaron más a la verdad cuando sostuvieron que ser castigado no era el objetivo inmediato sino sólo un eslabón en la experiencia de la autodepreciación placentera (Krafft-Ebing). No obstante, la formulación fundamental era la misma: *El masoquista percibe como placer lo que la persona normal percibe como displacer, o por lo menos el primero lo percibe como fuente de placer.*

berlineses opuestos a este desatino, sugirieron otro procedimiento: el artículo de Reich se publicaría conjuntamente con una réplica. Así se hizo. Sigfried Bernfeld escribió esa "réplica" bajo el título *Die kommunistische Diskussion um die Psychoanalyse und Reich's "Widerlegung der Todestriebhypothese"*, y el trabajo apareció en el mismo número del *Zeitschrift*. Este artículo, de unas 30 páginas, no se ocupaba del problema del masoquismo en manera alguna, sino de las contribuciones de Reich a la sociología marxista. En otras palabras, como los descubrimientos clínicos y las formulaciones de Reich no podían refutarse, se intentó desacreditar su teoría del masoquismo imputándole motivos políticos y emocionales. El intento fracasó totalmente. Dejamos a cargo del lector de esta traducción, decidir si se trata de un artículo de índole clínica, o de índole política y filosófica.

Debe destacarse una vez más que el esclarecimiento del problema del masoquismo por parte de la economía sexual —idéntico a la refutación clínica de la teoría del instinto de muerte— representó un enorme paso adelante en la comprensión de las neurosis, pues demostró que el sufrimiento humano no se debía a una inalterable "voluntad biológica de sufrir", a un "instinto de muerte", sino a los desastrosos efectos de las condiciones sociales sobre el aparato biofísico. Esto implicaba la necesidad de criticar las condiciones sociales que creaban las neurosis —necesidad que la hipótesis de una voluntad biológica de sufrir había evitado dando un rodeo.

La solución que la economía sexual daba al problema del masoquismo abrió también un nuevo enfoque de la base biológica de las neurosis. Fué precisamente el temor masoquista específico a "explotar" el que abrió el camino para comprender el funcionamiento del aparato vital vegetativo (Cf. *The Function of the Orgasin*, 1942, pág. 221-255).

Publicar la traducción de la presente obra, pues, no es en este momento menos oportuno que cuando su publicación original hace 12 años. Pone al descubierto la naturaleza de ciertos tipos de la llamada crítica científica, el hecho de que hoy no podría publicarse siquiera una sola de las afirmaciones usadas hace 12 años contra la teoría de Reich sobre el masoquismo. Este tipo de argumentación nunca tuvo una base racional, y pertenece al pasado muerto. — T. P. W.

La investigación analítica del contenido latente y la dinámica del masoquismo aportó abundantes conocimientos nuevos. Freud descubrió que el masoquismo y el sadismo no forman una antítesis absoluta, que uno nunca se presenta sin el otro. Masoquismo y sadismo pueden convertirse uno en el otro. Existe una antítesis dialéctica, determinada por una transformación de actividad en pasividad, mientras el contenido ideativo sigue siendo el mismo.¹ La teoría del desarrollo libidinal de Freud distingue tres estadios principales de la sexualidad infantil: oral, anal y genital. En un comienzo, se atribuyó el sadismo a la fase anal. Luego se descubrió que cada una de las etapas del desarrollo sexual posee su forma de agresión sádica correspondiente. Continuando con el estudio de este problema, descubrí que cada una de las formas de agresión sádica es una reacción contra la frustración del correspondiente impulso parcial. Conforme a este concepto, el sadismo de cada nivel de desarrollo resulta de una mezcla del impulso sexual destructivo contra la persona frustrante, con la correspondiente demanda sexual,² en la siguiente forma: succión, frustración → tendencia destructiva, morder: *sadismo oral*; placer anal, frustración → deseo de aplastar, de pisotear, de golpear: *sadismo anal*; placer genital, frustración → deseo de perforar, de atravesar: *sadismo fálico*. Este concepto armonizaba perfectamente con la formulación original de Freud, según la cual la tendencia destructiva hacia el mundo exterior se desarrolla primero (por lo común como resultado de la frustración), y luego se vuelve hacia el propio ser cuando éste resulta también inhibido por la frustración y el miedo al castigo. Al volverse contra uno mismo, el sadismo se convierte en masoquismo; el superyó, la representación de la persona frustrante, de las demandas que la sociedad plantea al yo, se convierte en agente punitivo (conciencia moral). El sentimiento de culpa corresponde al impulso destructor que se opone al amor y entra en conflicto con él.

Con posterioridad, Freud abandonó este concepto del masoquismo como formación secundaria y lo reemplazó por el concepto opuesto de que el sadismo es masoquismo vuelto hacia el mundo exterior; supuso la existencia de una tendencia *biológica primaria* hacia la autodestrucción, un masoquismo primario o erógeno. Este concepto se convirtió más tarde en el de "instinto de muerte", el antagonista del "eros". Se concibió el masoquismo primario como expresión de un instinto biológico de muerte, basado en los procesos de desasimilación de las células del organismo.

Los defensores de la teoría del instinto de muerte trataron una y otra vez de substanciar sus opiniones señalando los procesos fisiológicos de desasimilación. Ninguno de estos intentos fué en manera alguna convincente. Un trabajo reciente³ merece mención, pues encara el problema desde el punto de vista clínico y enuncia argumentos fisiológicos que a

¹ Freud, "Triebe und Tribschicksale", *Ges. Schr.*, Bd. V, p. 453.

² Reich, W., "Ueber die Quellen der neurotischen Angst", *Inst. Zeitschr. f. Psa.*, 11, 1926, 427.

³ Therese Benedek, "Todestrieb und Angst", *Int. Zeitschr. f. Psa.*, 17, 1931.

primera vista parecen convincentes. Benedek basa su argumentación en los descubrimientos de Ehrenberg. Este biólogo halló que puede determinarse un proceso antitético hasta en el protozooario. Ciertos procesos protoplasmáticos conducen no sólo a la asimilación del alimento sino también a una precipitación de substancias antes disueltas. Esta primera formación de una estructura es irreversible: las substancias disueltas se solidifican. Lo que asimila es vivo; lo que se desarrolla por vía de la asimilación, modifica la célula, le confiere una estructura superior que a partir de cierto punto, es decir, cuando adquiere preponderancia, ya no es más vida, sino muerte. Esto parece lógico, en especial cuando recordamos el endurecimiento de las arterias a medida que aumenta la edad. Pero el mismo argumento contradice el supuesto de una *tendencia* a la muerte, de un *instinto* de muerte. Lo que ha solidificado y se ha inmovilizado obstaculiza la vida y su función cardinal, la alternancia de tensión y relajamiento, tanto en la gratificación del hambre como de las necesidades sexuales. Esta perturbación del proceso vital es exactamente lo opuesto de lo que caracteriza al instinto. La rigidez imposibilita una y otra vez el ritmo de tensión y relajamiento. Si quisiéramos ver un instinto en estos procesos, deberíamos modificar nuestro concepto del instinto.

Además, si se considera la angustia como expresión de un "instinto de muerte liberado", debería explicarse cómo pueden llegar a liberarse las "estructuras sólidas". La misma Benedek dice que la estructura, aquello que se ha solidificado, puede considerarse enemigo de la vida sólo cuando adquiere predominancia y obstaculiza los procesos vitales.

Además, si los procesos formadores de estructuras son sinónimos del instinto de muerte, si como lo supone Benedek la angustia corresponde a la percepción interna de esta creciente solidificación, es decir, a la muerte, deberíamos esperar que los niños y los adolescentes no sufran angustia alguna, y en cambio los ancianos tengan sólo angustias. Lo cierto es exactamente lo opuesto: la angustia es más pronunciada en los períodos en los cuales la sexualidad está en su apogeo (es decir, cuando se ve inhibida durante esos períodos). Conforme a este concepto, encontraríamos el temor a la muerte también en el individuo sexualmente satisfecho, pues está sometido al mismo proceso de desasimilación física que el sexualmente insatisfecho.

Siguiendo en forma consecuente la teoría de Freud sobre la angustia actual, he llegado a una modificación de su fórmula original según la cual la angustia se desarrolla por una conversión de la libido. He descubierto que la angustia es una manifestación de la misma excitación del sistema vasovegetativo que en el sistema sensorial se experimenta como placer sexual.⁴

La experiencia clínica revela que la angustia no es sino la sensación de una constricción ("*angustiae*"), de una estasis; los temores (la idea de los peligros) se convierten en angustia efectiva sólo en presencia de esa estasis. Si más adelante se descubriera que la restricción social de la

⁴ Reich, *Die Funktion des Orgasmus*, 1927, p. 63 y sig.

gratificación sexual acelera el proceso formador de estructuras, es decir la muerte, este hallazgo no demostraría que la angustia es el resultado de estos procesos; sólo pondría de manifiesto el efecto opuesto a la vida de la moral negadora del sexo.

La modificación del concepto de masoquismo implicó automáticamente una modificación de la fórmula etiológica de las neurosis. El concepto original de Freud era que el desarrollo psíquico tiene lugar en el seno del conflicto entre instinto y mundo exterior. Ahora, el concepto se convirtió en otro según el cual el conflicto psíquico era resultado de un conflicto entre eros (sexualidad, libido), e instinto de muerte (instinto de autodestrucción, masoquismo primario).

El punto de partida clínico para esta dudosa hipótesis era el hecho peculiar de que ciertos pacientes parecen no querer abandonar su sufrimiento y buscan de continuo situaciones dolorosas. Esto contradecía el principio del placer. Parecía haber una oculta intención interna de aferrarse al sufrimiento y de experimentarlo repetidamente, una y otra vez. La cuestión era si esta "voluntad de sufrir" constituía una tendencia biológica primaria, o una formación psíquica secundaria. Parecía haber una necesidad de castigo que mediante el daño a uno mismo satisfacía las demandas de un sentimiento de culpa inconsciente. Después de la publicación de *Jenseits des Lustprinzips*, los autores psicoanalíticos, encabezados por Alexander, Reik, Nunberg y otros, modificaron sin darse cuenta la fórmula del conflicto neurótico.⁵ La formulación original decía que la neurosis resulta del conflicto entre instinto y mundo exterior (libido—*miedo* al castigo). Ahora sostenían que la neurosis resultaba del conflicto entre instinto y necesidad de castigo (libido—*deseo* de castigo). Exactamente lo opuesto. Este concepto se basaba en la nueva hipótesis de la antítesis entre eros e instinto de muerte, y hacía pasar a segundo plano, cada vez más, la significación del frustrante y punitivo mundo exterior. La respuesta a la pregunta de dónde proviene el sufrimiento, era ahora: "de la voluntad biológica de sufrir, del instinto de muerte y la necesidad de castigo". Esto hacía olvidar convenientemente la respuesta correcta: del mundo exterior, de la sociedad frustrante. Esa formulación bloqueó el camino de acceso a la sociología, camino que la formulación original del conflicto psíquico había dejado expedito. La teoría del instinto de muerte, de una voluntad biológica de autodestrucción, conduce a una filosofía cultural tal como la expuesta por Freud en *Das Unbehagen in der Kultur*, una filosofía según cuya aseveración el sufrimiento humano es inevitable pues las tendencias autodestructoras son indomables. A la inversa, la formulación original del conflicto psíquico lleva inevitablemente a una crítica del orden social.

⁵ La teoría del instinto de muerte domina en la actualidad la literatura psicoanalítica. En una conversación sostenida hace años, Freud calificó a esta teoría de hipótesis situada fuera de la experiencia clínica. En *Jenseits des Lustprinzips*, escribió que "uno debe estar dispuesto a abandonar un camino que ha seguido durante cierto tiempo, si éste no parece conducir a nada bueno". A pesar de estas admoniciones, la hipótesis evolucionó hasta convertirse en una "teoría" clínica; no se la abandonó y no condujo a nada bueno. Muchos analistas llegan incluso a sostener que han observado directamente el instinto de muerte.

Desplazar en esta forma la fuente del sufrimiento desde el mundo exterior, la sociedad, hasta colocarla en el mundo interior, se contraponía al principio básico original de la psicología analítica, el “principio del placer-displacer”. Esta es una ley básica del aparato psíquico, conforme a la cual el hombre se esfuerza por conseguir el placer y trata de escapar al displacer. Según los conceptos psicoanalíticos originales, este principio determinaba el desarrollo psíquico y las reacciones psíquicas. El “*principio de la realidad*” no era una antítesis del anterior; significaba simplemente que la realidad impone la necesidad de postergar o renunciar a determinados placeres. Estos “dos principios del funcionar psíquico”, como los denominara Freud, pudieron ser válidos sólo mientras fué válida la formulación original del masoquismo, es decir, mientras se consideró al masoquismo como sadismo inhibido y vuelto contra el propio ser. Esto era una explicación del masoquismo dentro del marco de referencia del principio del placer, pero aún dejaba sin respuesta el interrogante de cómo puede el sufrimiento ser fuente de placer. Esto contradecía la función del placer. Podía comprenderse cómo el placer sin gratificar e inhibido se convertía en displacer, pero no a la inversa, cómo el displacer podía convertirse en placer. Así pues, la explicación de que el masoquismo consistía en experimentar el displacer en forma placentera, nada significaba.

La mayoría de los psicoanalistas creía que suponer la existencia de una “compulsión de repetición” resolvía a satisfacción el problema del sufrimiento. Es cierto, eso encajaba a la perfección en las teorías del instinto de muerte y de la necesidad de castigo, pero se trataba de un supuesto por demás dudoso. En primer lugar, se apartaba del principio del placer. En segundo, introducía en la teoría del principio del placer-displacer, clínicamente bien fundamentada, un elemento sin duda alguna metafísico, una hipótesis no sólo no demostrada, sino imposible de demostrar, y que causaba un gran daño a la teoría analítica. Se suponía una compulsión biológica a repetir situaciones de displacer. El “principio de la compulsión de repetición” nada significaba; era sólo una frase, mientras la formulación del principio del placer-displacer se basaba en las leyes fisiológicas de tensión y relajamiento. Mientras la compulsión de repetición se interpretó como la ley de que todo instinto tiende a restablecer un estado de reposo, y como la compulsión de volver a experimentar el placer una vez vivido, no podía haber objeción alguna. En esta forma, la idea constituía una valiosa ampliación de nuestro concepto del mecanismo de tensión y relajamiento. Pero interpretada de esta manera, la compulsión de repetición corresponde por entero al marco del principio del placer; más aún, el principio del placer explica la compulsión a repetir la experiencia. En 1923, en forma aún torpe, interpreté el instinto como la característica del placer a tener que ser repetido.⁶ Así pues, la compulsión de repetición *dentro* del principio del placer, es un importante concepto teórico.

6 Reich, W. “Zur Trieb-Energetik”, *Zeitschr. f. Sexualwissenschaft*, 1923.

Pero, fué precisamente el principio de la compulsión de repetición *más allá* del principio del placer lo que adquirió importancia en la teoría psicoanalítica; este concepto se usó en un intento de explicar fenómenos que al parecer no podían ser explicados por el principio del placer. Pero no fué posible establecer pruebas críticas de la compulsión de repetición como tendencia *primaria*. Suponíase que explicaría muchas cosas y sin embargo ella misma no pudo ser demostrada ni explicada. Condujo a no pocos analistas al supuesto de un "ananké" supraindividual. Este supuesto era superfluo para explicar el impulso a restablecer un estado de reposo, pues este impulso se explica cabalmente por la función de la libido de producir un relajamiento. El relajamiento no es sino el restablecimiento del estado original de reposo, y va implícito en el concepto de instinto. Digamos de paso que el supuesto de un impulso biológico hacia la muerte también resulta superfluo cuando recordamos que la involución fisiológica del organismo, su muerte gradual, se inicia en cuanto comienza a declinar la función del aparato sexual, la fuente de libido. Morir, pues, no es necesariamente sino la cesación de la función del aparato vital.

Era el problema clínico del masoquismo el que clamaba por una solución y el que condujo a la poco afortunada suposición de que un instinto de muerte, una compulsión repetitiva y una necesidad de castigo eran la *base* del conflicto neurótico. En una polémica con Alexander,⁷ quien basaba sobre estos supuestos toda su teoría de la personalidad, yo mismo adherí a la teoría original del masoquismo como última explicación posible. Es cierto, ya estaba en el ambiente el problema de cómo puede uno esforzarse por lograr el displacer, de cómo puede éste convertirse en placer, pero yo nada tenía que decir todavía sobre ese problema. Los supuestos de Sadger, de un masoquismo erógeno, de una disposición específica del erotismo de las nalgas y de la piel a percibir el displacer como placer, tampoco eran satisfactorios. ¿Pues por qué se percibiría como placer el erotismo de las nalgas sumado al dolor? ¿Y por qué el masoquista experimentaría como placer lo que los otros, golpeados en la misma zona erógena, experimentan como dolor y displacer? El mismo Freud desentrañó parte de esta cuestión al descubrir, tras la fantasía "Un niño es castigado", la situación placentera original: "No soy yo, sino mi rival, el que sufre el castigo". A pesar de ello, subsistía la cuestión de por qué el castigo puede ir acompañado de placer. Todos los masoquistas informan que la fantasía o el acto de ser castigados brinda placer, y que sólo con esta fantasía pueden experimentar placer o excitación sexual.

Años enteros de estudiar pacientes masoquistas, no aportaron clave alguna. Sólo cuando comencé a poner en duda la corrección y precisión de las afirmaciones de esos pacientes, comenzó a hacerse la luz. Era asombroso ver cuán poco había aprendido, a pesar de décadas de trabajo analítico, a analizar la experiencia misma del placer. El análisis exacto

⁷ Reich, W. "Strafbedürfnis und neurotischer Prozess. Kritische Bemerkungen zu neueren Auffassungen des Neurosenproblems". *Int. Zeitschr. f. Psa.*, 13, 1927.

de la función del placer puso de manifiesto un hecho en un principio totalmente confuso, pero que, pese a ello, explicó de pronto la economía sexual y con ella la base específica del masoquismo. Lo sorprendente y lo que movía a confusión era que resultaba errónea la formulación "el masoquista experimenta el displacer como placer". Se demostró que, por el contrario, en el masoquista el mecanismo *específico* del placer consiste en que mientras él se esfuerza por lograr el placer como cualquiera otra persona, un mecanismo perturbador hace fracasar ese esfuerzo y le hace experimentar como displacer sensaciones que la persona normal experimenta como placer, una vez que esas experiencias superan determinada intensidad. Lejos de esforzarse por buscar el displacer, el masoquista sufre una intolerancia específica a las tensiones psíquicas y una excesiva producción de displacer, mucho mayor que en cualquier otra neurosis.

Al discutir el problema del masoquismo, no tomaré como punto de partida la perversión masoquista, como es usual, sino su base caracterológica de reacción. Lo ilustraré con la historia de un paciente a quien se trató durante casi cuatro años y que resolvió cuestiones que una serie de casos tratados con anterioridad no habían resuelto, pero que resultaron claras al mirarlas retrospectivamente, en virtud de los resultados de este caso.

2. EL ACORAZAMIENTO DEL CARÁCTER MASOQUISTA

Sólo una ínfima minoría de los caracteres masoquistas desarrollan también alguna perversión masoquista. La economía sexual del masoquista puede ser entendida sólo partiendo de una comprensión de sus reacciones caracterológicas. En consecuencia, al presentar este caso seguiremos el camino que debe seguir todo tratamiento psicoanalítico si desea ir más allá de la explicación teórica del caso y desea establecer la primacía genital juntamente con la potencia orgástica.

Toda formación caracterológica sirve a dos funciones. Primero, el acorazamiento del yo contra el mundo exterior y las demandas instintivas internas; segundo, la función económica de absorber el exceso de energía sexual resultante de la estasis sexual, o en otras palabras, impedir que esta energía se manifieste como angustia. Si bien esto es igualmente cierto de toda formación caracterológica, la forma en que se satisfacen estas funciones son específicas, es decir, distintas para las diferentes formas de neurosis. Todo tipo caracterológico desarrolla sus propios mecanismos. Por supuesto, no basta conocer las funciones básicas del carácter de un paciente (defensa y prevención de la angustia); se debe descubrir desde un comienzo de qué manera específica sirve el carácter a esta función. Como el carácter absorbe la mayor parte de la libido (y de la angustia); como además nuestra tarea es liberar de su anclaje crónico en el carácter cantidades esenciales de energía sexual, y ponerlas a disposición del aparato genital y de la sublimación, el análisis del carácter nos lleva a la raíz misma de la función placentera.

Resumamos los rasgos principales del carácter masoquista. Estos rasgos se encuentran por separado en todos los caracteres neuróticos. En

conjunto, forman el carácter masoquista sólo cuando todos ellos están presentes y cuando determinan la clave de la personalidad y sus reacciones típicas. Rasgos típicos del carácter masoquista son los siguientes: subjetivamente, una sensación crónica de *sufrimiento*, que aparece objetivamente como una *tendencia a lamentarse*; tendencias crónicas a *dañarse a sí mismo* y al *automenosprecio* (“masoquismo moral”) y una compulsión a *torturar a los demás*, que hace sufrir al paciente no menos que al objeto. Todos los caracteres masoquistas muestran una conducta específicamente *torpe, de escaso tacto* en sus modales y en su relación con los demás, a menudo tan acentuada hasta dar la impresión de una deficiencia mental. Puede haber otros rasgos, pero éstos son los típicos y específicos.

Es importante recordar que este síndrome caracterológico-neurótico puede ser en algunos casos evidente y aparecer en la superficie, mientras en muchos otros está encubierto por una máscara superficial.

Como cualquiera otra actitud caracterológica, la actitud masoquista no se revela sólo en las relaciones interpersonales, sino también en la vida interna de la persona. Hacia los objetos introyectados, es decir hacia el superyó, se mantienen actitudes originalmente ligadas a objetos. Con frecuencia esto tiene importancia decisiva. Lo que fué originalmente exterior y luego se internalizó, debe volver a externalizarse en la transferencia analítica: en la conducta transferencial se repite aquello adquirido en la infancia en la relación con el objeto.

El paciente de cuya historia clínica damos algunos fragmentos acudió al análisis con las siguientes lamentaciones: desde los 16 años de edad, había sido totalmente incapaz de trabajar y había carecido por completo de intereses sociales. Sexualmente, tenía una severa perversión masoquista. Nunca había tenido relaciones sexuales, pero se masturbaba todas las noches durante horas enteras, en una forma típica de las estructuras libidinales pregenitales. Se acostaba boca abajo con la fantasía de que un hombre o una mujer le azotaban con un látigo y al mismo tiempo apretaba y estrujaba el pene. Es decir, él no se masturbaba como un carácter genital, que produciría la excitación sexual por la fricción más o menos regular. En cambio, se “amasaba” el pene, lo apretaba entre las piernas o lo frotaba con ambas palmas. *En cuanto sentía aproximarse la eyaculación, se detenía y esperaba hasta que la excitación se mitigara, después de lo cual volvía a comenzar.* En esta forma se masturbaba todas las noches durante horas enteras, y a menudo también durante el día, hasta agotarse por completo y permitirse por fin una eyaculación. Esta no se producía en chorros rítmicos: el semen salía, eso era todo. Después, el paciente se sentía exhausto, pesado, incapaz de hacer nada, deprimido, torturado, “masoquista”. Por la mañana, le resultaba casi imposible salir de la cama. A pesar de sus severos sentimientos de culpa, no podía interrumpir este “holgazanear en la cama”. Con posterioridad, él mismo calificaría todo esto de “ciénaga masoquista”. Cuanto más se rebelaba contra ello, menos capaz era de desprenderse de este “estado de ánimo masoquista”; por el contrario, se hundía en él cada vez con mayor profundidad. En la época en que acudió al tratamiento, esta clase de vida

sexual duraba ya varios años. El efecto sobre todo su ser y su vida emocional había sido desastroso.

Mi primera impresión fué de que era un individuo apenas capaz, con toda su fuerza de voluntad, de mantener su integridad. Esto estaba encubierto en parte por un comportamiento muy refinado y reposado; el paciente habló de su ambición de llegar a ser un matemático. En el análisis, esto se manifestó como una bien desarrollada idea de grandeza. Durante años había vagado a solas por los bosques de Alemania, pensando en un sistema matemático que permitiría calcular y cambiar todo el mundo. Esta compensación superficial se desintegró a muy poco tiempo de comenzado el análisis, cuando le hice comprender su verdadera función: servía para contrarrestar el sentimiento de su absoluta falta de valor que, vinculado con su masturbación —experimentada por él como “suciedad” y como “ciénaga”— se reproducía constantemente. El “matemático”, el símbolo del hombre de ciencia puro y del individuo asexual, debía cubrir al “individuo encenagado”. No importa aquí que el paciente diese la impresión definida de una esquizofrenia incipiente del tipo hebefrénico. Importa sólo que la matemática “pura” era una protección contra el “inmundo” sentimiento de sí mismo, debido a su tipo anal de masturbación.

Con la disolución de esta máscara superficial, la actitud masoquista apareció en toda su plenitud. Cada una de las sesiones comenzaba con una queja. Pronto hubo francas provocaciones masoquistas de tipo infantil. Cuando le pedía que ampliara o explicara alguna afirmación, trataba de anular mis intentos con estallidos tales como “No quiero, no quiero, no quiero”. A este respecto, descubrimos que a los 4 ó 5 años había sufrido una fase del más severo rencor, con ataques de gritos y pataleos. Estos ataques se producían a la más ligera provocación y desesperaban a sus padres, impotentes y furiosos. En ocasiones, los ataques duraban días enteros, hasta que terminaban con su completo agotamiento. Posteriormente, descubrió por sí solo que esta fase de su desarrollo había sido un anuncio de su masoquismo.

Las primeras fantasías de ser castigado aparecieron aproximadamente a la edad de siete años. No sólo fantaseaba que le acostaban sobre las rodillas de alguien y le golpeaban; a menudo se encerraba en el cuarto de baño y trataba de azotarse. Una escena del tercer año de su vida, que no apareció hasta el segundo año de análisis, fué indudablemente de índole traumática. Había estado jugando en el jardín y se ensució los pantalones. Como en la casa tenían invitados, su padre —psicópata y sádico— se enfureció, le llevó adentro y le puso sobre una cama. El niño *se volvió de inmediato sobre el vientre y esperó el castigo con gran curiosidad, mezclada con angustia*. Los golpes fueron pesados, pero el niño tuvo un sentimiento de alivio; experiencia típicamente masoquista, la primera de su vida.

¿Le había brindado placer la azotaina? El desarrollo del análisis demostró en forma inequívoca que el niño había anticipado algo mucho peor. Se acostó tan rápidamente sobre el vientre para proteger sus geni-

tales,⁸ y *por ello experimentó los golpes en las nalgas como, un gran alivio*; fueron inofensivos comparados con el daño anticipado a los genitales, y eso le alivió de buena parte de su angustia.

A fin de comprender el masoquismo como una totalidad, debemos captar claramente este mecanismo básico. Con esto nos adelantamos a nuestro relato, pues no resultó claro sino hasta después de un año y medio de tratamiento. Hasta entonces, el tiempo había pasado en su mayor parte en intentos, en un principio infructuosos, de dominar las reacciones de rencor masoquista del paciente.

Más tarde, éste describió su conducta masturbatoria con las siguientes palabras: "Como si estuviera atravesado por tornillos desde la espalda hasta el estómago". En un primer momento, creí que se trataba de un comienzo de sexualidad fálica, hasta descubrir que era una acción defensiva. *El pene debía ser protegido; antes sufrir golpes en las nalgas que daños en el pene*. Este mecanismo básico determinaba también el papel de la fantasía de ser castigado. *Lo que más tarde llegó a ser un deseo masoquista, había sido originalmente un temor al castigo*. La fantasía masoquista anticipa así, en una forma más benigna, un castigo esperado. La formulación de Alexander de que la satisfacción de la necesidad de castigo es el precio que se paga por el placer sexual, debe ser interpretada en consonancia con esto. Uno no se castiga a sí mismo a fin de aplacar o "sobornar" a su superyó, con lo cual podrá experimentar el placer sin angustia. En cambio, el masoquista encara la actividad placentera al igual que cualquiera otra persona, *pero el temor al castigo se interpone entre él y esa actividad*. El autocastigo masoquista no es la ejecución del castigo temido, sino de un sustituto más benigno. Representa un modo específico de defensa contra el castigo y la angustia. Una parte de esto lo constituye la actitud pasivo-femenina hacia la persona punitiva, que con tanta frecuencia se encuentra en los caracteres masoquistas. Nuestro paciente expuso una vez sus nalgas a fin de ser golpeado, como él dijo. En realidad, este querer ser golpeado era un ofrecerse como una mujer (en el sentido de la interpretación que da Freud a la fantasía pasiva de ser azotado, como sustituto de un deseo pasivo-femenino). El carácter pasivo-femenino no masoquista, llena esta función de defensa contra la amenaza de castración, mediante una actitud puramente anal, sin agregar la fantasía de ser golpeado para evitar la angustia.

Esto lleva directamente a la cuestión de si es posible un esfuerzo por lograr el displacer. Postergaremos la discusión de este problema hasta que el análisis del carácter de este paciente nos haya suministrado la base necesaria.

En el tratamiento, la fase infantil de despecho de nuestro paciente se reactivó en una forma completamente franca y sin inhibición. El análisis de los estallidos de llanto duró unos seis meses, pero dió como

⁸ Freud destacó este mecanismo en su artículo "Das ökonomische Problem des Masochismus" (*Ges. Schr.*, V, p. 378). Su examen clínico, sin embargo, no lleva a la hipótesis de un masoquismo primario, sino por el contrario, a su refutación.

resultado la completa eliminación de esta forma de reaccionar. En un comienzo, no fué fácil inducirle a reactivar las acciones vengativas de su infancia. Su reacción era que una persona refinada, un genio de la matemática, no podía hacer tales cosas. Sin embargo, fué inevitable. Si había que desenmascarar esta capa de su carácter, revelarla como una defensa contra la angustia, y eliminarla, primero debía ser reactivada en toda su magnitud. Cuando el paciente comenzó con sus "No quiero", probé primero la interpretación, mas ignoró por completo mis intentos. De modo que comencé a imitarle; cada vez que le planteaba una interpretación de su conducta, yo agregaba de inmediato el "No quiero". En una ocasión, reaccionó de pronto con un pateo involuntario. Aproveché la oportunidad y le pedí que se abandonara por completo. Al comienzo, el enfermo no podía comprender cómo alguien le pedía que hiciera algo así. Pero empezó a agitarse más y más en el diván, profiriendo luego gritos altamente emocionales, vengativos e inarticulados, y sonidos animales. Un ataque particularmente violento de este tipo tuvo lugar un día al señalarle que su defensa del padre era sólo una máscara para ocultar el tremendo odio que le tenía. No vaciló en admitir que este odio tenía una buena justificación racional. Después de esto, los actos del paciente comenzaron a asumir un carácter casi terrorífico. Gritó tanto que las personas de la casa se asustaron. Sin embargo, ésa era la única vía para llegar a sus emociones profundas; sólo en esa forma era capaz de revivir su neurosis infantil de manera plena y afectiva, no como meros recuerdos. Una y otra vez, fué posible ahondar su comprensión de tal conducta. Su significado era el de una grandiosa *provocación a los adultos* y, en sentido transferido, a mi persona. Pero el problema era, ¿por qué provocaba?

Otros pacientes masoquistas tratan de provocar al analista con el típico silencio masoquista. Nuestro paciente lo hacía con reacciones infantiles de despecho y rencor. Pasó un largo tiempo antes de poder hacerle comprender que sus provocaciones eran un intento de que yo me mostrara estricto y me enfureciera. Pero éste era sólo el significado superficial de su conducta. Si se pasa tan a menudo por alto el significado profundo, ello se debe a la errónea creencia de que el masoquista busca el puro castigo, para gratificar un sentimiento de culpa. En realidad, no se trata en manera alguna de una cuestión de castigo, sino de *hacer aparecer al analista o a su prototipo, el padre o la madre, en un aspecto desfavorable*, de provocarle a comportarse de manera que justifique racionalmente el reproche de "Vea qué mal me trata". Este provocar al analista es sin excepción una de las primeras dificultades en cualquier carácter masoquista. Sin poner al descubierto su significado, nada adelantaremos.

¿Cuál es el significado de esta provocación, de este querer dejar mal parado al analista? El siguiente: "Usted es malo, usted no me quiere. Por el contrario, es cruel conmigo y tengo derecho a odiarle". La justificación del odio y la reducción del sentimiento de culpa mediante este mecanismo son, sin embargo, sólo procesos intermedios. Es cierto, si suponemos que el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo son

manifestaciones de un instinto biológico de muerte, nos inclinaremos a creer que con el descubrimiento de la racionalización del odio y la provocación al objeto, hemos llegado a lo más hondo. Pero el problema principal del carácter masoquista no es su sentimiento de culpa, y tampoco lo es su necesidad de castigo, independientemente de lo importantes que parezcan. ¿Por qué, entonces, trata el masoquista de dejar mal parado a su objeto?

Tras la provocación existe una profunda *decepción amorosa*. La provocación se dirige especialmente contra aquellos objetos que ocasionaron una decepción, es decir, objetos que fueron queridos intensamente y que realmente decepcionaron al paciente, o bien no gratificaron en forma suficiente el amor del niño. Las decepciones reales se intensifican en el carácter masoquista por una necesidad particularmente elevada de cariño, que hace imposible la gratificación real y que cuenta con razones internas específicas sobre las cuales volveremos más adelante.

Con el correr del tiempo, el paciente se convenció de que no podía enfurecerme; su conducta persistió, pero por un motivo distinto. Ahora el abandonarse, el dejarse ir, le brindaba un placer evidente. Su *acting out* se convirtió en un impedimento; las sesiones estaban llenas de pataleos y gritos infantiles. Pude mostrarle entonces que su provocación había servido originalmente a una segunda finalidad, a saber, ver hasta dónde podía llegar con sus travesuras antes de que yo retirara mi cariño y procediera a castigarlo. Se había convencido de que no necesitaba temer; podía ser travieso sin ser castigado. La insistencia en el comportamiento infantil demostraba pues que su temor al castigo era infundado y resultaba entonces una fuente de placer. Nada tenía que ver con un deseo de castigo, aunque busqué tal deseo asiduamente. Al mismo tiempo, había continuas quejas acerca de su estado, acerca del pantano del que no podía salir y —en forma implícita— del que yo no le ayudaba a salir. La masturbación continuaba en la misma forma anterior y le sumía todos los días en el estado de ánimo “de ciénaga” al que daba expresión en sus quejas, es decir, en reproches disimulados. En tales circunstancias, el análisis no progresaba. Prohibirle las reacciones de despecho estaba fuera de toda cuestión; podría haberlo detenido todo. De modo que comencé a mostrarle un reflejo de sí mismo. Cuando yo abría la puerta, él aparecía con cara lánguida, en actitud de completa depresión. Yo imité su actitud. Comencé a emplear su mismo lenguaje infantil, me arrojé al suelo y pataleé y grité como lo hacía él. En un comienzo se mostró sorprendido, pero un día se echó a reír en forma completamente adulta y nada neurótica; se había logrado una brecha en la coraza, aunque sólo temporaria. Repetí este procedimiento hasta que él mismo comenzó a analizar la situación.

¿Cuál era el significado de la provocación? Era su forma de *exigir cariño*, como es la forma de todos los caracteres masoquistas. Necesitaba demostraciones de cariño que mitigaran su angustia y su tensión interna. Cuanto más aumentaba la tensión su desafortunada masturbación, tanto más intensificaba el paciente sus exigencias de cariño. Cuanto más sentía el “estado de ánimo de ciénaga”, más intensa resultaba su actitud maso-

quista, es decir, su exigencia de cariño. ¿Pero por qué se planteaba esta exigencia en forma *indirecta, disimulada*? ¿Por qué combatía toda interpretación de su afecto? ¿Por qué continuaban sus quejas?

Las quejas presentaban las siguientes capas de significado, correspondientes a la génesis de su masoquismo: “Mire qué miserable soy; por favor, quiérame”; “Usted no me quiere lo suficiente, me trata mal”; “Debe quererme, lo obligaré a que me quiera; si no lo hace, lo incomodaré”. La tortura masoquista, la queja masoquista, la provocación y el sufrimiento, todos se explican sobre la base de la frustración, fantaseada o real, de una exigencia de cariño excesiva, que no puede ser gratificada. Este mecanismo es *específico* del carácter masoquista y de ninguna otra forma de neurosis; si aparece en otras neurosis, también encontramos en el carácter los correspondientes elementos masoquistas.

¿Cuál es el significado de esta excesiva demanda de cariño? La respuesta está dada por un análisis de la *disposición a la angustia* del carácter masoquista. La conducta masoquista y la demanda de cariño aumentan siempre en proporción a la tensión displacentera, a la disposición a la angustia o al peligro de perder el cariño. Es típico del carácter masoquista evitar la angustia mediante el deseo de ser querido. Así como las quejas son un disfraz para la exigencia de cariño y la provocación es un intento de obligar a que le quieran, también la totalidad del carácter masoquista es un *intento infructuoso* de liberarse de la angustia y del displacer. Es infructuoso porque, pese a esos intentos, nunca se desembaraza de la tensión interna que constantemente amenaza con convertirse en angustia. *El sentimiento de sufrir corresponde, entonces, a los hechos reales de una alta tensión interna continua y de una disposición a la angustia.* Esto resulta más claro si comparamos el carácter masoquista con el bloqueo afectivo de la neurosis de compulsión. Aquí, la asimilación de la angustia ha logrado buenos resultados. Ciertamente, lo ha hecho a expensas de la motilidad psíquica, pero la tensión interna es consumida por completo por un aparato psíquico que funciona bien, con el resultado de que no existe desasosiego. Si éste aparece, significa una insuficiencia de la coraza caracterológica.

El carácter masoquista intenta mitigar la tensión interna y la amenazante angustia con un método inadecuado, es decir, *exigiendo cariño mediante la provocación y el desprecio.* Esto tiene, por supuesto, sus razones especiales; es decir, esta manera de vocear una demanda de cariño es específicamente masoquista. El elemento esencial del fracaso es, sin embargo, que el rencor y la provocación se dirigen contra la misma persona que se quiere y de quien se exige cariño. En esta forma, aumenta el temor a perder el cariño; análogamente, el sentimiento de culpa aumenta en lugar de disminuir pues es la persona amada a quien se tortura. Esto explica el comportamiento peculiar del masoquista: cuanto más trata de salir de su situación de sufrimiento, tanto más se enrieda en ella.

Las actitudes hasta ahora mencionadas se encuentran, por separado, también en otros caracteres. Sólo su combinación es específica del carácter masoquista. ¿Pero cuál es la causa de esta combinación?

Hemos mencionado la *excesiva* demanda de cariño. Debemos agregar que ésta se basa en el *temor a ser abandonado*, temor que el masoquista experimentó intensamente en la muy temprana infancia. El carácter masoquista no puede tolerar el abandono, tal como no puede tolerar la amenaza de perder una relación amorosa. El hecho de que los caracteres masoquistas se encuentran solos tan a menudo, es el resultado secundario de la actitud que expresa: "Vea cuán miserable, cuán solo y abandonado estoy". Durante una discusión de su relación con la madre, nuestro paciente dijo una vez con tono excitado: "Quedarme solo significa la muerte, significa el fin de mi vida". Con diferentes palabras, he oído muy a menudo este contenido en caracteres masoquistas. El carácter masoquista no puede tolerar el renunciar a un objeto (de aquí que el masoquista se aferre al objeto amoroso), así como no puede despojar a ese objeto de su papel protector. No tolera la pérdida de contacto y trata de restablecerlo en su forma inadecuada, es decir, mostrándose desgraciado. Muchos de estos caracteres desarrollan el sentimiento de haberse quedado solos en el universo.

No pocos autores (Sadger y Federn, por ejemplo), han señalado que el erotismo epidérmico desempeña un papel especial en el masoquismo. Cometan el error, empero, de considerar el erotismo epidérmico como base inmediata de la perversión masoquista; el análisis demuestra en cambio que tal es el caso sólo en determinadas condiciones y a través de un desarrollo muy complicado. Sólo el temor de quedar a solas se basa directamente en el temor que puede surgir cuando se pierde el contacto con la piel de la persona amada. Resumamos los síntomas que en el masoquista erógeno se refieren a la piel. Existe siempre algún tipo de deseo de actividad en el plano epidérmico o, por lo menos, fantasías de tal actividad: ser pellizcado, cepillado, azotado, atado con cuerdas, hacer sangrar la piel, etc. Las nalgas desempeñan aquí un papel importante, pero sólo de manera indirecta, como resultado de una fijación anal. Todos estos deseos tienen en común que el paciente quiere sentir la *calidez de la piel*, no el dolor. Si un paciente quiere ser azotado, no es porque quiere sentir dolor; acepta el dolor como adicional, debido a la "quemadura". Muchos masoquistas fantasean directamente que les quemaran la piel. En cambio, odian el frío. Esto explica también el "remolonear en la cama" como gratificación de la necesidad de calor epidérmico.

Esto se entiende fácilmente a base de la fisiología de la angustia y el placer. La contracción de los vasos periféricos aumenta la angustia (lividez de terror, sentimiento de frío al asustarse); la sensación de calor epidérmico basada en la dilatación de los vasos periféricos y una mayor afluencia de sangre, son una parte específica del síndrome de placer.

No resulta fácil comprender por qué alivia la angustia el contacto corporal con una persona amada. Probablemente tanto el calor corporal directo como la inervación de los vasos periféricos en la esperanza de protección maternal, mitiguen la tensión central.⁹ A este respecto, basta

⁹ Nota de 1945: La energía orgónica descubierta en 1939, aportó la explicación

señalar que la vasodilatación periléica, que mitiga la tensión interna y la angustia, constituye la base erótica del carácter masoquista. Su ulterior impulso de evitar la pérdida de contacto es sólo el reflejo psíquico de un proceso fisiológico real. Quedar solo en el mundo significa sentir frío y sentirse desprotegido, así como un estado intolerable de tensión.

La fijación oral no parece tener significación especial en el masoquismo, si bien siempre está presente en grado acentuado, como en todos los caracteres pregenitales. No hay duda de que las demandas orales contribuyen al carácter insaciable de las demandas masoquistas de cariño. Pero en el masoquismo, aquéllas parecen ser resultado de una regresión a una temprana decepción con el objeto amoroso y el consiguiente temor a ser abandonado, más que una causa primaria de la necesidad masoquista de cariño.

Varios casos pusieron al descubierto otra fuente más de la excesiva necesidad de cariño del masoquista: el temor a quedar solo comenzaba en una época en que la violenta agresión y la curiosidad sexual infantil —a diferencia de los anteriores impulsos orales y anales— encontraron un serio rechazo por parte de los amados padres. El enorme temor al castigo, que impide el progreso hacia la genitalidad, es un resultado de esta contradicción entre los impulsos sexuales permitidos —más aún, alentados— por una parte, y los impulsos amenazados con severo castigo, por la otra. Nuestro paciente podía comer tanto como quisiera, más aún, se le alentaba a comer mucho; se le permitía acostarse junto a la madre, abrazarla y acariciarla; los padres demostraban gran interés en sus funciones excretorias. Pero cuando el niño pasó a las nuevas posibilidades de la gratificación sexual, cuando comenzó a mostrar interés en el genital de la madre y a querer tocarla, debió afrontar la plena severidad de la autoridad de los padres.

En la medida en que las exigencias orales desempeñan un papel en el masoquismo, determinan —como en otras formas de neurosis— las tendencias depresivas. Lo específico del masoquismo es la combinación de erotismo epidérmico, analidad, y temor a ser dejado solo que el masoquista trata de dominar mediante el contacto corporal. Esta disposición erótica es una de las causas principales de la demanda excesiva de cariño, teñida del matiz específico de “caliéntame” (=“protégeme”). El “castígame” es ya una expresión encubierta de esta demanda. Pareciera que el masoquista hubiese recibido demasiado poco cariño y por esta razón hubiese desarrollado una demanda tan marcada del mismo. Esto es correcto sólo en la medida en que siempre ha sufrido severas frustraciones amorosas; pero muy a menudo la excesiva demanda es también un resultado del mimo exagerado. Este carácter excesivo de la demanda amorosa es a su vez resultado de ciertas influencias educativas perjudiciales, características del sistema patriarcal.

de este fenómeno: la mitigación de la angustia del niño mediante el contacto corporal con la madre se explica, desde el punto de vista orgonbiofísico, en base a la expansión orgonótica del biosistema del niño, sistema que se orienta hacia la madre. Existe un contacto entre los campos orgónicos de ambos organismos.

El problema consiste aquí en saber qué es lo que determina la disposición erógena del carácter masoquista. No se trata sencillamente de una disposición erótica anal o epidérmica, sino del resultado de una combinación específica de influencias exteriores sobre la erogenicidad de la piel, así como sobre la totalidad del aparato sexual, combinación que crea la base del carácter masoquista. Sólo cuando conocemos estas influencias podemos comprender los demás rasgos de carácter masoquista.

3. EXHIBICIONISMO INHIBIDO Y TENDENCIA AL AUTOMENOSPRECIO

Nos ocuparemos ahora de algunos otros rasgos del carácter masoquista, esta vez en relación con la estructura sexual del mismo. Daré cuenta sólo de los descubrimientos analíticos que, tomados en su conjunto, son específicos del masoquismo, y de aquellos que figuran en la base de la perturbación masoquista del mecanismo del placer.

Había llevado alrededor de un año romper la coraza caracterológica de desprecio, provocación y quejas de nuestro paciente, en una medida suficiente para irrumpir hasta la temprana infancia y, más importante aún, llegar hasta el punto en el cual el paciente participó activamente en el trabajo analítico. Después de esto, en particular una vez disuelta la represión de su odio hacia el padre y su temor al mismo, se produjo una poderosa irrupción de su genitalidad. Tuvo erecciones, su masturbación ya no fué masoquista y tuvo deseos genitales referidos a una mujer. Un fracaso inicial de sus intentos genitales condujo al análisis de su profundo amor, específicamente anal, por la madre. Mientras el paciente hacía rápidos progresos, llamó la atención lo siguiente:

Su acercamiento a las mujeres era muy vigoroso, pero al mismo tiempo no podía desprenderse de un sentimiento de *lucha interna* y de *artificialidad*. Esto dió origen una y otra vez a quejas masoquistas de que, a pesar de la mejoría exterior, no se sentía bien: “Nada ha cambiado respecto a la ciénaga masoquista”.

El más ligero incidente bastaba para provocarle una inmediata decepción; la menor dificultad le hacía retirarse de la realidad y refugiarse en sus fantasías masoquistas. Esta oscilación entre los intentos de establecer la realidad genital, y las rápidas escapatorias al masoquismo, duraron varios meses. Yo sabía que su angustia de castración no había sido elaborada, y que ahí residía el motivo de la mencionada oscilación. La concentración del trabajo en este aspecto, aportó resultados interesantes y abundantes. Para comenzar, el paciente, que antes no había mostrado rastro alguno de interés genital, se reveló lleno de angustias genitales. Algunos ejemplos bastarán: la vagina es una “ciénaga” llena de serpientes y gusanos; le cortan la punta del pene; uno se hunde en un abismo y no encuentra salida. La discusión de todas estas angustias, sin embargo, no modificó en manera alguna su estado lábil; durante meses, todas las sesiones comenzaron con su lamento —expresado en tono masoquista— de estar “interiormente destrozado”. El análisis de la situación transferencial puso una y otra vez de manifiesto sus

tendencias pasivo-anales, específicamente el hecho de que se apartaba de la mujer en cuanto aparecía un rival. Durante algún tiempo pareció imposible corregir la idea de tener un pene pequeño. Su actitud hacia cualquier rival era de envidia. Esta envidia era, sin embargo, encubierta de inmediato por una actitud pasivo-femenina; se trata de un conocido mecanismo para evitar el temor al padre. Con todo, ni siquiera un análisis profundo de estas actitudes modificó su sentir de que, a pesar de los éxitos exteriores, seguía siendo masoquista.

Después de los primeros intentos de coito en los cuales fué erectivamente potente, aunque sin satisfacción, desarrolló una sífilofobia. Un día me mostró el pene, preguntándome si una pequeña erosión era indicio de una infección sífilítica. Era evidente que quería exhibirse. Ahora el análisis puso en claro, de inmediato, un punto de importancia en su desarrollo genital. De niño había llegado a la fase genital sólo en la forma de exhibir su pene y *la madre le había regañado con severidad*. Esta decepción genital fué tanto más severa cuanto que la madre no sólo no le había prohibido la exhibición anal, sino que le alentaba mediante el marcado interés demostrado en las funciones excretorias del hijo. En efecto, ella solía acompañarle al baño hasta cuando el paciente tenía ya diez años. El placer que el paciente había recibido de la exhibición anal fué la razón para iniciar la fase genital con la exhibición del pene. El análisis reveló que sus primeros intentos de acercamiento genital a la madre, fueron de tipo exhibicionista. Este impulso fué pronto reprimido y esta represión dió como resultado, más tarde, una severa inhibición de su conducta en general. En sus intentos de coito, nunca osó mostrarse desnudo ante la mujer, ni dejar que ella le tocara el pene. Después de analizado este elemento, comenzó seriamente a buscar una profesión y se decidió por la fotografía. Comenzó comprando una cámara y fotografiando todo cuanto se le cruzaba en el camino. Esto volvió a demostrar la importancia que eliminar la represión genital tiene para la sublimación. Hoy en día, el paciente es muy buen fotógrafo. Pero durante un largo período le faltó todavía la satisfacción interior en su trabajo: "No me siento a mí mismo, pero cuando lo hago, me siento masoquísticamente miserable".

La iniciación exhibicionista de la fase genital, unida a la estricta e inmediata prohibición y represión de los impulsos exhibicionistas y a la completa inhibición del ulterior desarrollo genital, es algo específico del carácter genital. Tan típica y específica como el temprano sadismo fálico, su inhibición y la fijación sádico-anal lo son para la neurosis de compulsión. Esto se encuentra en la base de algunos rasgos de carácter que determinan la modalidad desmañada, falta de tacto, del masoquista. Nuestro paciente describió este estado tal como sigue: "Me siento como un oficial que, la espada desenvainada, corre bien al frente de sus tropas; de pronto se vuelve y descubre que nadie le ha seguido".

Este sentimiento se vincula con otro rasgo de carácter: los caracteres masoquistas *no pueden soportar el elogio* y muestran una marcada tendencia al *automenosprecio*. A pesar de una gran ambición, nuestro paciente no podía soportar el ser uno de los primeros de la clase. "Si

siguiere siendo un buen estudiante, me sentiría como al frente de una multitud, mostrando mi pene erecto". Esta no era, de ningún modo, una observación accidental, como las que tan a menudo se emiten durante un análisis; iba al núcleo del asunto. La inhibición y represión de la exhibición genital conducen a una severa restricción de la sublimación, de la actividad y la confianza en sí mismo durante el curso posterior de la vida. En el masoquista, esta inhibición llega hasta el desarrollo de rasgos contrarios. El carácter narcisista usa el exhibicionismo en forma disimulada; el carácter masoquista utiliza una formación reactiva, el opuesto exacto de la exhibición: *el automenosprecio, a fin de no destacarse*. Carece de la confianza en sí mismo del carácter genital.

Por estos motivos, el carácter masoquista no puede ser un conductor, aunque por lo general desarrolla grandiosas fantasías de heroísmo. Su fijación anal le vuelve pasivo y, además, la inhibición del exhibicionismo le lleva al automenosprecio. Esta estructura del yo choca con un ideal yoico activo, fálico, que no puede hacerse sentir. Este conflicto crea otra tensión y otra fuente de sufrimiento que refuerza el proceso masoquista. La imagen del oficial ilustra este ideal yoico que el masoquista debe esconder, del cual debe avergonzarse, pues el yo (las tropas) no lo siguen, y no pueden seguirlo.

A este respecto debe mencionarse un rasgo de carácter común en los masoquistas y en niños con tendencias masoquistas: *sentirse tonto, o hacerse el tonto*. Explotar todas las inhibiciones con miras al menosprecio de sí mismo, está en absoluta concordancia con el carácter masoquista. Un paciente dijo en una ocasión que no podía soportar el elogio, pues le hacía sentirse como si estuviera sin pantalones. No debemos subestimar la significación de la fijación anal, de la exhibición de las nalgas, para el desarrollo genital del niño. El sentimiento de vergüenza adquirido en relación con las actividades anales, se transfiere más adelante a los genitales. Como todo elogio representa una provocación de las tendencias exhibicionistas, como además mostrarse es algo vinculado con severa angustia, el masoquista debe empequeñecerse para evitar tal angustia. Después de hacerlo, tiene un nuevo motivo para sentirse despreciado, lo que a su vez provoca toda la necesidad de cariño.

También pertenece a esta esfera la "estupidez", o el fingir la estupidez. Nuestro paciente describió en una ocasión una escena infantil en la cual pretendió ser estúpido, así: "Quiero algo que no puedo obtener, entonces me fastidio y me siento estúpido. ¿Pero hasta dónde me quieren, aunque me hago el tonto? Cuando no me quieren, no soy digno de cariño y debo aparecer tanto más feo y estúpido".

Ahora podemos responder a la pregunta de por qué el carácter masoquista expresa sus exigencias de cariño en forma tan disimulada, por qué es completamente incapaz de demostrar o exigir amor en forma directa. Otro paciente se mostraba siempre infeliz cuando quería conquistar a una mujer. Sufría un terror pánico de mostrar su cariño de manera directa, pues la mujer podría encolerizarse y castigarle o avergonzarle. Tenía el mismo exhibicionismo inhibido que nuestro paciente.

Tomado en conjunto, todo esto provoca un sentimiento de ataxia interna, a menudo un doloroso desasosiego acerca del aspecto personal. La inhibición de la capacidad de demostrar y exigir cariño abiertamente, provoca toda clase de expresiones deformadas y hace a la persona —como lo dijera nuestro paciente— “burocrática”, es decir, poco natural y rígida. Detrás, existe siempre un temor a la decepción o al rechazo. Nuestro paciente dijo una vez: “Estoy frente a la tarea de insertar un pene flácido en una vagina que no se me ofrece”.

En lugar de la manifestación franca de amor, el carácter histérico desarrolla angustia; el carácter compulsivo, odio y sentimiento de culpa; el carácter masoquista demuestra y exige amor encubriéndolo bajo el disfraz de las quejas, las provocaciones y del parecer infeliz. Estas diferencias corresponden plenamente a la génesis específica de los tipos: el carácter histérico ha desarrollado su genitalidad en forma cabal, pero está cargado de angustia; el carácter compulsivo ha reemplazado su genitalidad por el sadismo fálico; el carácter masoquista ha alcanzado la genitalidad en el plano exhibicionista, luego la ha reprimido y ahora expresa su amor en una forma específicamente distorsionada.

4. PERCEPCIÓN DISPLACENTERA DEL AUMENTO DE EXCITACIÓN SEXUAL: LA BASE ESPECÍFICA DEL CARÁCTER MASOQUISTA

No existe estructura neurótica sin alguna forma de perturbación genital. En el carácter masoquista, las perturbaciones del orgasmo revisiten forma específica. A menudo, no resultan evidentes hasta haber eliminado en forma más o menos completa la impotencia o la anestesia; ello explica que hasta ahora tales perturbaciones fueran pasadas por alto. Hemos visto ya que el carácter masoquista tiene una producción aumentada de displacer, que confiere una base real a su sentimiento de sufrir. Hemos visto además que el masoquista trata constantemente de dominar su tensión y su disposición a la angustia, y lo hace usando mecanismos inadecuados; más aún, es típico del carácter masoquista que sus intentos de evitar la angustia sólo provocan más tensión y displacer, lo cual, en un círculo vicioso, vuelve a aumentar la disposición a la angustia. Hemos encontrado también que el castigo masoquista, o la fantasía de tal castigo, representa un sustituto de otro castigo que se espera.

¿Puede la experiencia de una angustia, tal como la sufrida por nuestro paciente a los tres años de edad, producir la fijación masoquista de la fantasía de ser golpeado? No, pues el paciente podría, como lo hacen otros, abandonar por completo el impulso sexual que provoca el temido castigo; al hacerlo, podría ahorrarse la solución masoquista de la situación de castigo, la cual sólo provoca sufrimiento. Así pues, debe haber algo más en la base del mecanismo masoquista específico.

Este mecanismo no puede descubrirse mientras el paciente no haya progresado hasta llegar al nivel genital, es decir, hasta tanto desarrolle impulsos genitales. Entonces encontramos una nueva dificultad. El paciente desarrolla un acentuado deseo genital que en un comienzo elimina gran parte de su actitud masoquista; pero en ocasión de su

primera experiencia genital real, siente displacer en lugar de placer; como resultado de ello, se retrotrae a la "ciénaga" masoquista de su pregenitalidad anal y sádico-masoquista. Años enteros pasaron antes de que apreciáramos con claridad que la "incurabilidad del masoquista, que quiere aferrarse a su sufrimiento", se debía sólo a nuestro defectuoso conocimiento de su funcionamiento sexual. La solución no se habría descubierto si me hubiese atendido al concepto de que el masoquista quiere sufrir en virtud de un sentimiento inconsciente de culpa o necesidad inconsciente de castigo, debidos a un instinto de muerte.

Esto no significa negar el hecho de que el autocastigo puede tranquilizar la conciencia. Pero este hecho debe valorarse adecuadamente. La mitigación de los sentimientos de culpa mediante el castigo es un proceso superficial, que no llega al núcleo de la personalidad; es relativamente raro y además es un síntoma y no la causa de una neurosis. Por otra parte, el conflicto entre el deseo sexual y el temor al castigo es un hecho crucial en toda neurósis; sin este conflicto, no hay proceso neurótico; no es en sí mismo un síntoma, sino la causa de la neurósis. La reciente valoración psicoanalítica de la necesidad de castigo ha dado como resultado una engañosa modificación de la teoría psicoanalítica de las neurosis, y de la teoría de la terapia; bloqueó el camino hacia una prevención de la neurosis y obscureció el origen sexual y social de las neurosis.

El carácter masoquista se basa en una *actitud espástica* muy peculiar, no sólo en su aparato psíquico sino también en su aparato genital, actitud que *inhibe de inmediato cualquier sensación intensa de placer, transformándola en displacer*. Esto alimenta constantemente el sufrimiento que está en la base de las reacciones del carácter masoquista. Queda implícito que —independientemente de la minuciosidad con que analicemos el significado y la génesis del carácter masoquista— no lograremos resultado terapéutico alguno a menos de penetrar hasta la génesis de esa actitud espástica. De otra manera, no podremos establecer la potencia orgástica, único factor capaz de eliminar la fuente interna de displacer y de angustia. Pero volvamos a nuestro paciente.

En ocasión de su primer coito, éste tuvo una erección, pero no osó mover el pene en la vagina de la mujer. En un comienzo, pensamos que esto se debía a timidez o a ignorancia; llevó algún tiempo descubrir el motivo verdadero. *Temía un aumento de la excitación placentera*. A primera vista, se trata por cierto de un comportamiento peculiar. Lo encontramos siempre durante la cura de la impotencia orgástica, en especial en las mujeres frías. En el masoquista reviste, empero, un carácter específico. El material del análisis pondrá en claro este punto.

Después de tener relaciones sexuales varias veces, resultó claro que la relación sexual brindaba al paciente mucho menos placer que su masturbación masoquista. No obstante, él podía imaginarse vívidamente el placer sexual, lo cual se convirtió en un poderoso incentivo en el tratamiento. La relativa ausencia de placer genital era algo serio. Pues no hay otra manera de eliminar el placer pregenital, si no es mediante el

establecimiento del más intenso placer genital. La falta de placer en el acto sexual no constituía por cierto un incentivo para el desarrollo de su genitalidad.

En el curso de ulteriores intentos, apareció una nueva perturbación: la erección desaparecía durante el acto sexual. ¿Se debía esto solamente a la angustia de castración, o había algo más? El posterior análisis de sus temores de castración no estableció cambio alguno en su estado. Por último, resultó que el endurecimiento de la musculatura del piso pélvico, antes de que se produjera la eyaculación cuando se masturbaba, tenía mayor importancia de lo que había parecido a primera vista. He de resumir el material infantil, donde se revela que el masoquista —a pesar de su gratificación anal y uretral al parecer libre y excesiva— posee una *angustia e inhibición anal y uretral* que se remonta a la temprana infancia. Esta inhibición se transfirió luego a la función genital y proporciona la base inmediata para su excesiva producción de displacer.

Entre los tres y los seis años de edad, nuestro paciente desarrolló un temor al inodoro. Le asaltó la idea de que un animal podría trepar por su espalda. Con esta idea, comenzó a retener las heces, lo que a su vez le creó el temor de ensuciar los pantalones. Si uno se ensucia en los pantalones, el padre lo castiga. El paciente había aprendido esto en aquella impresionante escena ocurrida cuando tenía alrededor de tres años. Si papá lo castiga, existe también el peligro de la castración; a fin de evitar el daño a los genitales, hay que desviar los golpes hacia las nalgas. No obstante ello, el paciente desarrolló el temor de que en estas ocasiones, acostado de bruces, alguna astilla podía herirle en el pene. Todo esto creó una condición espástica de la musculatura del piso pélvico, de los genitales y del recto. La constipación resultante intensificó la preocupación de la madre acerca del movimiento intestinal del niño, lo cual creó a su vez un nuevo conflicto: mientras la madre demostraba marcado interés por los movimientos intestinales del hijo, el padre le castigaba por ellos. Esto desembocó en el fundamento predominantemente anal de su complejo de Edipo. El paciente desarrolló pronto el temor adicional de que su vejiga o su recto pudiesen estallar, en otras palabras, que la retención no tenía valor y que volvería a ser víctima de los castigos de su padre. Situación desesperada, ciertamente no de origen biológico, sino puramente social. Cabe mencionar que el padre era muy afecto a pellizcar las nalgas de sus hijos y solía amenazarles con “despellizarles” si no se portaban bien.

El niño tenía un miedo anal al padre, conjuntamente con una fijación anal en la madre, y una tendencia a autocastigarse. Debido al relajamiento y a la gratificación ligada a ésta, sentía que su evacuación merecía un castigo; debido a su temor a la ira paterna, comenzó a castigarse él mismo. A todas luces, este sencillo proceso es mucho más importante para la patología de este caso, que la identificación con el padre punitivo y la actitud masoquista hacia un superyó anal en pleno desarrollo. Debemos tener presente que tales identificaciones patológicas son en sí mismas formaciones neuróticas; son un resultado y no una

causa de la neurosis.¹⁰ Es cierto, encontramos todas las complicadas relaciones entre yo y superyó, pero no nos detuvimos allí; la tarea más importante consistió en diferenciar estrictamente entre aquellos descubrimientos masoquistas que correspondían a la conducta real del padre, y los que correspondían a impulsos erógenos interiores. Este caso, como muchos otros, revela a las claras que nuestros métodos educativos merecen mucha mayor atención; que distribuimos nuestra atención en forma muy pobre si dedicamos el 98 % a la tarea analítica de detalle y sólo un 2 % a los burdos daños que *los padres* infligen a los hijos. Es en esta forma como los hallazgos psicoanalíticos no llegan a conducirnos a la necesaria crítica de la educación familiar de tipo patriarcal.

En nuestro paciente, la situación conflictual infantil se debió ante todo a las conductas conflictivas de la madre y el padre, respectivamente, frente a la analidad. Este conflicto determinó no sólo su actitud femenina hacia el hombre (padre), sino también sus sentimientos de vaciedad e impotencia. Con posterioridad, el paciente se sentiría impotente toda vez que se aproximaba a un hombre adulto; sobrecogido de terror, retiraría su interés de la zona genital y se mostraría anal, pasivo; esto se expresaba en su admiración por esos hombres.

Todo lo que antecede, permite establecer las siguientes conclusiones: el usual adiestramiento con miras a la limpieza excrementicia (demasiado estricto) lleva a la fijación del placer anal; la idea con éste vinculada, de ser castigado, es decididamente displacentera y en un comienzo está cargada de angustia. Sería erróneo decir que el displacer de ser castigado se convierte en placer. Más bien, *el temor a ser castigado impide el desarrollo del placer*. Este mecanismo, adquirido en un plano anal, se transfiere más tarde al genital.

Todavía en la pubertad, el paciente dormía a menudo con la madre, en la misma cama. A los diecisiete años, desarrolló una fobia vinculada con la idea de que la madre quedara embarazada de él. La cercanía de aquélla y el calor de su cuerpo estimularon su masturbación. La eyaculación tenía el significado de orinar sobre la madre, como debía esperarse en vista de su desarrollo específico. Si la madre quedaba grávida, eso sería una prueba de su incesto uretral y le amenazaría un severo castigo. Llegado a este punto, comenzó a retener el semen y a masturbarse con vívidas fantasías masoquistas. Este fué el comienzo real de su enfermedad. Era incapaz de trabajar en la escuela. Después de un fracasado intento de "autoanálisis", hubo una progresiva vaciedad psíquica, unida a la masturbación nocturna de tipo retenido, anal-masoquista.

El derrumbe final fué inaugurado por una severa neurosis estásica con irritabilidad, insomnio y jaquecas. En esa época, el paciente experimentó un marcado aumento de su impulso genital. Estaba enamorado

¹⁰ La neurosis es provocada por el conflicto entre el placer (yo) y el mundo exterior punitivo, y se mantiene en virtud del conflicto entre yo y superyó. El superyó continúa ejerciendo su acción sobre la base de la recurrente experiencia de que el placer sexual es digno de castigo. El efecto de la inhibición infantil es decididamente apoyado por la realidad social.

de una muchacha, pero no osaba acercársele; temía “llenarla de gases”, y se sentía morir de vergüenza al sólo pensarlo. Seguía a las muchachas a cierta distancia, con vívidas fantasías de que “se apretaban los vientres unas contra otras” y que de eso resultaría un embarazo que las delataría. En esta manera de comportarse, desempeñaba un papel importante su temor a ser rechazado a causa de sus tendencias anales. Es ésta una típica situación puberal: inhibición de la genitalidad, en parte debido a las barreras sociales, en parte a fijaciones neuróticas resultantes de un daño anterior en la estructura sexual, infligido por la educación.

Al comienzo había, además de la tensión genital, también una tensión anal bajo la forma de una continua urgencia de defecar o lanzar gases, tendencia que debía refrenar constantemente. El paciente no se permitía el relajamiento sexual. Hasta los diecisiete años no logró su primera emisión seminal, y ello con ayuda de muchas horas de fantasías pasivas de castigo. Después, mejoró la neurosis estática. Pero esa primera emisión constituyó para el paciente una experiencia traumática. Temió tanto ensuciar la cama que durante la emisión misma saltó al suelo y tomó la escupidera; le perturbó sobremanera el hecho de que algo de semen hubiese caído sobre las sábanas.

Durante el tratamiento, al comenzar a desarrollarse su genitalidad, la erección desaparecía en pleno acto sexual. En esta fase genital, el paciente comenzó a masturbarse con fantasías masculinas normales; pero cuando aumentó el placer, volvieron las fantasías masoquistas. El análisis de este desplazamiento de la genitalidad hacia el masoquismo *durante* el acto sexual, reveló lo siguiente: Mientras las sensaciones placenteras fueron tibias, persistió la fantasía genital. Pero en cuanto el placer aumentó y —como él mismo lo expresara— comenzó a aparecer la “sensación de derretirse”, se atemorizó. En lugar de dejarse ir, de abandonarse, produjo un espasmo en el piso pélvico transformando así el placer en displacer. El paciente describió con mucha claridad cómo percibía la “sensación de derretirse” —normalmente, una sensación orgástica placentera—, como displacer y con angustia. Temía que se le “fundiera” el pene. La piel del pene podría disolverse como resultado de esa sensación. Decía: el pene podría reventar si aumentaba constantemente la tensión (tal como sucede en situación normal inmediatamente antes del acmé). Sentía como si el pené fuese una bolsa llena de líquido, hasta el punto de reventar.

Teníamos aquí la prueba incontrovertible de que lo que caracteriza al masoquismo *no* es la conversión del displacer en placer. Por el contrario. Un mecanismo específico del masoquismo hace que tan pronto como excede cierto grado de intensidad, toda sensación placentera se inhiba y se convierta entonces en displacer. Cabe mencionar que el temor de castración del paciente se vinculaba a la *piel* del pene: “Me siento tan caliente como un pollo hervido, cuando se le puede arrancar la piel con los dedos”.

Como resultado del temor al castigo, la sensación de calor, de “derretirse”, que aparece con el aumento de la excitación antes del acmé, se experimenta como la llegada de la anticipada catástrofe del pene;

con ello, inhibe el curso normal de la excitación sexual y produce, sobre una base puramente fisiológica, un displacer que puede aumentar hasta ser dolor. Este proceso tiene lugar en tres fases: 1. "Me esfuerzo por lograr el placer"; 2. "Comienzo a 'derretirme' —éste es el castigo que temía—"; 3. "Debo aniquilar la sensación si quiero salvar el pene".

En este punto puede plantearse una objeción. Cabe señalar que la inhibición del placer sexual por acción de la angustia infantil se encuentra en *toda* neurosis, que esto no puede ser factor específico del masoquismo. Puede plantearse la cuestión de por qué no toda inhibición del aumento involuntario de las sensaciones placenteras conduce al masoquismo. Ante tal interrogante, puede decirse lo siguiente:

La inhibición de la percepción del placer puede producirse en dos formas. La sensación placentera de "derretirse" se experimentó una vez sin angustia; luego, la angustia inhibió el curso de la excitación sexual; pero no obstante el placer continuó siendo percibido como placer. Placer y displacer son dos procesos distintos. Este mecanismo funciona en toda inhibición *no* masoquista del orgasmo.

En el masoquismo en cambio, la sensación de derretirse del placer preorgásmico se percibe como la amenaza anticipada. La angustia adquirida en relación con el placer anal, crea una actitud psíquica que hace aparecer al placer genital —mucho más intenso— como daño y castigo.

Así pues, el carácter masoquista se mueve continuamente hacia el esperado placer y se descubre encontrando el displacer. En realidad, parece que estuviese esforzándose por lograr el displacer. Lo realmente sucedido es que siempre se interpone la angustia y, con ella, el placer deseado llega a percibirse como el peligro anticipado. El placer final es reemplazado por el *displacer final*.

Eso resuelve el problema de una compulsión de repetición *más allá* del principio del placer. El masoquista da la impresión de querer repetir una experiencia displacentera. En realidad, *se esfuerza hacia una situación placentera, pero la frustración, la angustia y el temor al castigo se entrometen y hacen que el objetivo original se borre o se torne displacentero*. En otras palabras, no existe una compulsión de repetición *más allá* del principio del placer; los fenómenos correspondientes pueden explicarse dentro del marco de referencia del principio del placer y el temor al castigo.

Volviendo a nuestro caso, esta perturbación del mecanismo del placer explicó en forma definitiva el achatamiento y la retención de su masturbación. *El paciente evitaba todo aumento de la percepción placentera*. Una vez aclarado esto, dijo en una ocasión: "Es imposible dejar que las sensaciones sigan su curso, es absolutamente intolerable". Ahora comprendemos por qué se masturbaba horas enteras: nunca alcanzaba la satisfacción porque no permitía ningún aumento involuntario de excitación.

Esta inhibición tiene, además del temor al aumento de intensidad, otro motivo. El carácter masoquista está acostumbrado al tipo anal de placer, con una curva de excitación chata y sin momento culminante; podríamos decir que es un tipo de placer "tibio". El carácter maso-

quista transfiere la práctica anal y el tipo anal de experiencia placentera, al aparato genital, que funciona en forma totalmente distinta. El aumento intenso, repentino y marcado del placer genital, no sólo es desusado: para alguien acostumbrado al suave placer anal, puede llegar a ser terrorífico. Si a esto se agrega una anticipación del castigo, quedan dadas todas las condiciones para una inmediata transformación del placer en displacer.

Mirando hacia atrás, esto explicó muchos casos anteriores, en particular aquellos que mostraban un estado de ánimo de sufrimiento, masoquista, después de una actividad sexual poco satisfactoria (ahora agregáramos, *específicamente* perturbada). Explicó, desde el punto de la economía libidinal, las acentuadas tendencias masoquistas presentes en los casos de perturbación orgástica descritos en mis libros *Der Triebhafte Charakter* y *Die Funktion des Orgasmus*.^{*} Se dice en el segundo, acerca de una paciente con perversión masoquista: "Se masturbaba... con la fantasía masoquista de que la engrillaban y desnudaban, dejándola en una jaula para que muriera de hambre. En este punto, su orgasmo se inhibía pues de pronto debía pensar en algún aparato que eliminara automáticamente las heces y la orina de la muchacha engrillada, imposibilitada de todo movimiento... En el análisis, cuando la transferencia tomaba la forma de excitación sexual, desarrollaba un intenso impulso a orinar y defecar". Si se masturbaba con fantasías de coito, "aparecían fantasías masoquistas poco antes del orgasmo".

La actitud y la fantasía masoquistas derivan pues de la percepción displacentera de la sensación placentera; se trata de un intento de dominar el displacer a través de una actitud que se formula psíquicamente como "¡Soy tan desgraciado, quiéreme!" La fantasía de ser castigado debe intervenir porque la exigencia de cariño contiene también demandas genitales que obligan al paciente a desviar el castigo desde el frente hacia la parte trasera: "¡Castígame, pero no me castres!" En otras palabras, la reacción masoquista tiene un fundamento específico de neurosis estática.

El centro de los problemas del masoquismo, pues, estriba en las perturbaciones específicas de la función placentera. Resultó claro que es el temor a la sensación placentera preorgástica de "derretirse", lo que impulsa al paciente a aferrarse al placer de tipo anal. ¿Es esto un resultado de la fijación anal o de la inhibición genital? Parecía que ambos factores intervienen por igual, así como ambos factores originan el estado neurasténico crónico. La analidad moviliza todo el aparato libidinal sin poder, sin embargo, producir un relajamiento de la tensión. La inhibición de la genitalidad no es sólo un resultado de la angustia, sino que a su vez la produce; esto aumenta la discrepancia entre tensión y descarga. Subsiste la cuestión de por qué en los casos típicos la fantasía de ser castigado comienza, o bien se intensifica, inmediatamente antes del momento culminante.

* Hay edición castellana de este último libro: *La función del orgasmo*. Buenos Aires, Paidós, 1955. [E.]

Es interesante ver cómo el aparato psíquico trata de disminuir la discrepancia entre tensión y descarga, cómo el impulso al relajamiento irrumpe, después de todo, en la fantasía de ser castigado. Este paciente sostenía continuamente que "ser castigado por la mujer es exactamente lo mismo que masturbarse en secreto en su presencia (es decir, en presencia de la madre)". Esto correspondía por cierto a su experiencia real: de niño y adolescente, solía acostarse con la madre y entre tanto masturbarse de manera masoquista. Es decir, se apretaba el pene, impedía la eyaculación (debido a su lobia al embarazo) y fantaseaba con que la madre le castigaba; sólo entonces se producía la eyaculación. Esto tenía para el paciente el siguiente significado, que él recordaba en forma consciente: "Mi pene me parece caliente hasta el punto de hervir. Con el quinto o sexto golpe, deberá explotar, al igual que mi vejiga". En otras palabras, *los golpes debían producir el relajamiento que se prohibía en cualquiera otra forma*. Si la vejiga y el pene explotaban como consecuencia del castigo materno y se produjera una eyaculación, no sería su culpa, pues lo habría producido su torturadora. El deseo de castigo tenía entonces el siguiente significado: producir después de todo el relajamiento, mediante un desvío, y desplazar la responsabilidad hacia la persona que le castigaba. Vemos en este proceso básico el mismo mecanismo que en la superestructura caracterológica. En esta última es "Quiéreme, para que no tenga miedo"; la queja significa "Tú tienes la culpa, no yo". La fantasía de ser castigado significa "Golpéame, para poder lograr el relajamiento sin ser responsable de él". Este parece ser el significado más profundo de la fantasía pasiva de ser castigado.

A partir del momento en que por primera vez reconocí esa profunda función de la fantasía pasiva de ser golpeado, he encontrado ese mecanismo en otros pacientes que no habían desarrollado una perversión maniísta, pero que habían mantenido latente su tendencia masoquista mediante los cambios de carácter. Basta mencionar algunos ejemplos: un carácter compulsivo desarrolló una fantasía masturbatoria en la cual se hallaba entre primitivos que le obligaban a practicar el coito y a comportarse sin inhibiciones. Un carácter pasivo-femenino, sin una perversión maniísta, tuvo la fantasía de que se le obligaba a tener una eyaculación mediante golpes aplicados a su pene; la condición era de que debía ser maniatado a fin de poder soportar los golpes y no poder escapar. Debemos mencionar también aquí la actitud sexual masoquista común en las mujeres neuróticas, que muchos analistas consideran como la actitud femenina normal. Esta fantasía pasiva de violación en la mujer no sirve, sin embargo, a otra finalidad que la de mitigar sus sentimientos de culpa. Estas mujeres neuróticas pueden entregarse a la relación sexual sin sentimiento de culpa sólo si son violadas —en realidad o en la fantasía—, desplazando así la responsabilidad hacia el hombre. El mismo significado tiene la resistencia formal de muchas mujeres en el acto sexual.

Esto nos trae al problema del llamado "*Angstlust*" (placer en la angustia) que tan gran papel desempeña en el masoquismo. A continuación, damos un ejemplo pertinente, tomado de otro caso.

Un paciente recordó que alrededor de los cuatro años de edad, solía producirse conscientemente terrores nocturnos. Se deslizaba bajo las cobijas, se masturbaba, desarrollaba angustias y luego se desembarazaba de ellas haciendo de pronto a un lado las mantas. Cuán tentador resulta en este caso el supuesto de una compulsión de repetición: el paciente había tenido una experiencia de terror nocturno y ahora quería volver a experimentar, una y otra vez, la angustia. Existen dos cosas que contradicen tal supuesto. Primero, el enfermo no quería volver a experimentar la angustia sino el placer, no obstante el hecho de que la experiencia del placer le llevaba siempre a la angustia. Segundo, la liberación de la angustia era una fuente de placer. El punto esencial de este proceso, sin embargo, era que la primera daba como resultado sensaciones anales y uretrales por las cuales estaba dispuesto a sufrirla. La angustia, como tal, no es placentera; sólo da origen a cierto tipo de placer. Muy a menudo, los niños experimentan sensaciones de relajamiento sólo en la angustia, sensaciones que de otra manera suprimen por temor al castigo. El relajamiento vinculado a la repentina descarga de las heces o la orina en una situación angustiosa, es a menudo la razón para querer volver a experimentar la angustia. Pero explicar estos hechos sobre un supuesto que va *más allá* del principio del placer, sería una interpretación completamente errónea. En ciertas condiciones, la angustia o el dolor, resultan la única posibilidad de experimentar el relajamiento que de otra manera se teme. La expresión "*Schmerzlust*" o "*Angstlust*" puede significar pues, considerada correctamente, sólo que el dolor o la angustia pueden llegar a ser la ocasión de la excitación sexual.

El hecho de que en nuestro paciente la "explosión del pene" parece ser la meta instintiva, no contradice en manera alguna nuestro concepto del masoquismo. Esta idea representa por una parte la angustia o el castigo; pero por la otra representa también el deseo del placer final, del relajamiento. A este doble significado de la idea de explosión se debe que el placer final llegue a percibirse como la ejecución del castigo temido.

5. SOBRE LA TERAPIA DEL MASOQUISMO

Establecer una vida sexual sana, una sana economía del sexo, requiere dos procesos terapéuticos: liberar la libido de sus fijaciones pregenitales y eliminar la angustia genital. Se da por sentado que esto tiene lugar mediante un análisis del complejo de Edipo pregenital y genital. Merece destacarse sin embargo, en forma especial, un punto técnico: el peligro de disolver las fijaciones pregenitales sin eliminar *al mismo tiempo* la angustia genital. Como en este caso la descarga orgástica de energía permanece inhibida, existe el peligro de un aumento en la estasis sexual. Este peligro puede aumentar hasta llegar al suicidio, precisamente en una época en la cual el análisis de la pregenitalidad ha logrado buenos resultados. Si a la inversa, eliminamos la angustia genital sin eliminar las fijaciones pregenitales, las energías genitales siguen siendo débiles y la función genital no puede liberar la totalidad de la angustia.

El problema principal en la terapia del masoquismo consiste en superar la tendencia del paciente a dejar mal parado al analista. La medida más importante es poner al descubierto la índole sádica de este comportamiento masoquista. Esto invierte el proceso original del sadismo vuelto hacia adentro, hacia uno mismo; las fantasías pasivo-masoquista-anales se convierten en fantasías activo-sádico-fálicas. Cuando la genitalidad infantil se reactiva en esta forma resulta posible poner al descubierto la angustia de castración encubierta anteriormente por la reacción masoquista.

Va implícito en todo esto que estas medidas no influyen todavía en lo más mínimo sobre el carácter masoquista. Sus quejas, sus rencores, sus tendencias a dañarse a sí mismo y su torpeza —lo que presenta un motivo racional para retraerse del mundo— persisten por lo general hasta que resulta posible eliminar la perturbación descrita más arriba y relacionada con el mecanismo del placer en la masturbación. Una vez logrado el orgasmo genital, el paciente sufre fácilmente un rápido cambio. No obstante, subsiste por algún tiempo la tendencia a retroceder al masoquismo ante la más ligera decepción, frustración o insatisfacción. Aun el trabajo consecuente y minucioso, tanto sobre la angustia genital como sobre la fijación pregenital, pueden garantizar el éxito sólo si el daño infligido al aparato genital no es demasiado severo y si además el ambiente que rodea al paciente es tal que no le arroje una y otra vez a su antiguo surco masoquista. Así por ejemplo, el análisis de un joven será mucho más fácil que el de una mujer masoquista en la edad de la menopausia, o económicamente ligada a una situación familiar poco afortunada.

El trabajo minucioso sobre los rasgos del carácter masoquista debe continuarse hasta la finalización del tratamiento; de no ser así, con toda probabilidad caeremos en las situaciones más difíciles durante las frecuentes recaídas que se producen cuando se está en camino de establecer la primacía genital. No debemos tampoco olvidar que una disolución definitiva del carácter masoquista no puede producirse hasta que el paciente ha llevado durante un periodo considerable una vida económica en sus aspectos de trabajo y de amor, es decir, hasta mucho después de terminado el tratamiento.

Debemos considerar con el mayor de los escepticismos el éxito del tratamiento en los caracteres masoquistas, en especial aquellos que presentan una perversión manifiesta, mientras no hayamos comprendido todos los pormenores de las reacciones caracterológicas y por consiguiente no las hayamos realmente hecho a un lado. Por otra parte, tenemos todos los motivos para ser optimistas una vez logrado esto, vale decir, una vez establecida la genitalidad, aunque en un comienzo lo sea sólo en la forma de angustia genital. Entonces, las repetidas recaídas ya no habrán de molestarnos. Sabemos que el tratamiento del masoquismo es uno de nuestros problemas terapéuticos más difíciles. No es posible llevarlo a cabo a menos de adherir a la teoría psicoanalítica, dotada de fundamento empírico. Las hipótesis que aquí se critican constituyen a menudo sólo un indicio de fracaso terapéutico.

Pues si explicamos el masoquismo mediante un instinto de muerte, confirmamos al paciente su reconocida voluntad de sufrir; lo que corresponde a la realidad y lo único que garantiza el éxito terapéutico es desenmascarar la voluntad de sufrir y presentarla como una agresión disimulada.

Hemos mencionado dos tareas específicas en la terapia del masoquismo: volver a transformar a éste en sadismo, y pasar de la pregenitalidad a la genitalidad. La tercera tarea específica es la eliminación de la actitud espástica anal y genital que, según se ha descrito, es la fuente aguda del sufrimiento.

Queda implícito que esta presentación del proceso masoquista dista mucho de resolver todos los problemas del masoquismo. Pero una vez vuelto a apreciar el problema del masoquismo dentro del marco al cual pertenece, el del principio del placer-displacer, queda otra vez abierto el camino hacia una solución de los demás problemas, bloqueado hasta entonces por la hipótesis del instinto de muerte.

CAPÍTULO XII

LA PLAGA EMOCIONAL

La expresión “plaga emocional” no tiene connotación difamatoria alguna. No se refiere a malignidad consciente, a degeneración moral o biológica, a inmoralidad, etc. Un organismo que, desde el nacimiento, se ve constantemente impedido en su forma natural de locomoción, *desarrolla formas artificiales de locomoción*: cojea o se mueve con muletas. Análogamente, un individuo se mueve en la vida con los medios de la plaga emocional si desde el nacimiento se suprimieron sus manifestaciones vitales naturales, autorregulatorias. En términos caracterológicos, el individuo afligido por la plaga emocional cojea. *La plaga emocional es una biopatía crónica del organismo*. Apareció con la primera supresión en masa de la vida amorosa genital; se convirtió en una *epidemia* y ha atormentado a los pueblos de la tierra durante millares de años. No hay fundamento para el supuesto de que pasa de madre a hijo en forma hereditaria. Diríamos más bien que se la implanta en el niño desde el primer día de su vida. Es una enfermedad epidémica, como la esquizofrenia o el cáncer, con una importante diferencia: se manifiesta esencialmente en el *vivir social*. La esquizofrenia y el cáncer son biopatías resultantes de la plaga emocional en la vida social. Los efectos de la plaga emocional han de apreciarse tanto en el organismo como en el vivir social. Periódicamente, como cualquiera otra plaga, la peste bubónica o el cólera, por ejemplo, la plaga emocional asume las dimensiones de una pandemia, en forma de una gigantesca irrupción de sadismo y criminalidad, tal como la Inquisición católica de la Edad Media o el fascismo internacional de nuestros días.

Si no consideráramos la plaga emocional como una enfermedad en el estricto sentido de la palabra, correríamos el peligro de movilizar contra ella el bastón del policía en lugar de la medicina y la educación. Es característico de la plaga emocional necesitar el garrote del policía y así reproducirse. No obstante ello, a pesar de la amenaza a la vida que representa, nunca podrá dominársela mediante el garrote.

Nadie se siente ofendido cuando se le llama nervioso o cardíaco. Nadie puede sentirse ofendido cuando se le dice que sufre un “ataque agudo de la plaga emocional”. Un orgonoterapeuta se dirá para sus adentros: “Hoy no estoy bien, tengo la plaga”. En nuestros círculos, cuando esos ataques de la plaga emocional son leves, se resuelven mediante el propio alejamiento durante cierto tiempo, hasta la desaparición del ataque de irracionalidad. En los casos serios, cuando el pensamiento

racional y el consejo amistoso no bastan, aclaramos la situación en forma orgoterápica. Encontramos regularmente que esos ataques agudos son provocados por una perturbación en la vida amorosa y amenguan cuando se elimina esa perturbación. Para mí y para mis colaboradores más próximos, el ataque agudo de la plaga emocional es un fenómeno tan familiar que lo tomamos con calma y lo dominamos en forma objetiva. En el adiestramiento de orgoterapeutas, uno de los requisitos de mayor importancia es aprender a percibir en sí mismos, y con tiempo, los ataques agudos de la plaga emocional; aprender a no perder el ánimo ante ellos, a no dejarles ejercer efecto alguno sobre el ambiente social, y a dominarlos adoptando frente a ellos una actitud objetiva. En esta forma, puede reducirse a un mínimo el posible daño al trabajo común. Por supuesto, a veces no puede dominarse un ataque, a veces el individuo que lo sufre causa más o menos daño, o abandona su trabajo. Tomamos estos accidentes en la misma forma en que uno toma una seria enfermedad física o la muerte de un colaborador estimado.

La plaga emocional se vincula más de cerca con la neurosis-caracterológica que con la enfermedad cardíaca orgánica, pero en última instancia puede llevar a una afección cardíaca o al cáncer. Tal como a la neurosis caracterológica, la mantienen impulsos secundarios. Difiere de los defectos físicos por ser una función del carácter y, como tal, por ser firmemente *defendida*. A diferencia del ataque histérico, por ejemplo, la plaga emocional no se experimenta como algo patológico y ajeno al yo. Tal como sabemos, el comportamiento del carácter neurótico es por lo general altamente racionalizado. En la reacción debida a la plaga emocional, sucede lo mismo y aún en mayor grado: la falta de comprensión es mucho mayor. Podemos preguntar qué es lo que permite reconocer una reacción de plaga y distinguirla de una reacción racional. La respuesta es la misma que cuando se trata de diferenciar entre una reacción de carácter neurótico y una reacción racional: *en cuanto tocamos los motivos de la reacción debida a la plaga, aparecen inevitablemente la angustia o la cólera*. Examinaremos esto con cierto detenimiento más adelante.

Un individuo orgásticamente potente, esencialmente libre de la plaga emocional, no desarrollará angustia; por el contrario, desarrollará un vívido interés cuando un médico discute, pongamos por caso, la dinámica de los procesos naturales de la vida. El individuo que sufre la plaga emocional, en cambio, se mostrará desasosegado o colérico cuando se discuten los mecanismos de esa plaga. No toda impotencia orgástica conduce a la plaga emocional, pero todo individuo afectado por ella es impotente desde el punto de vista orgástico, o bien se vuelve impotente poco antes del ataque. Esto permite distinguir fácilmente entre reacciones debidas a la plaga y reacciones racionales.

Además, ninguna influencia de una terapia auténtica podrá perturbar o eliminar una conducta natural, sana. Así por ejemplo, no existen medios racionales de "curar", de perturbar, una relación amorosa feliz. En cambio, puede eliminarse un síntoma neurótico; análogamente, una reacción de plaga es accesible a la auténtica terapia del análisis del ca-

rácter y ésta puede eliminarla. Así pues, podemos curar la ambición de dinero, típico rasgo caracterológico de la plaga emocional, pero no podemos curar la generosidad en asuntos monetarios. Se puede curar el hábil disimulo, pero no la franqueza y la honestidad. La reacción debida a la plaga emocional puede equipararse a la impotencia, la cual puede ser eliminada, es decir, curada. La potencia genital, en cambio, es "incurable".

Característica esencial de la plaga emocional es que *la acción y la razón dada para ella nunca son congruentes. El verdadero motivo siempre se encubre y se lo reemplaza por un motivo aparente.* En la reacción natural del carácter sano, *motivo, acción y objetivo* forman una *unidad orgánica*. Aquí, nada se oculta; la reacción es comprensible en forma inmediata. Así por ejemplo, el individuo sano no tiene otro motivo para su comportamiento sexual que su necesidad natural de amor y su objetivo de gratificarlo. El individuo ascético, en cambio, justifica su debilidad sexual en forma secundaria, con demandas éticas. Esta justificación nada tiene que ver con la forma de vivir. *La actitud del ascetismo, negadora de la vida, se halla presente antes de la justificación.* El individuo sano no tratará de imponer a nadie su manera de vivir; pero brindará ayuda, terapéutica o no, si se le solicita y si tiene los medios para ayudar. En ningún caso un individuo *decretará* que todas las personas "*deben ser sanas*". En primer lugar, tal decreto no sería racional, pues la salud no puede imponerse. Además, el individuo sano no siente impulso alguno por imponer a otras gentes su manera de vivir, pues los motivos de esa manera de vivir se relacionan con su propia forma de vida y no con la de los demás. El individuo aquejado de la plaga emocional difiere del individuo sano en que no sólo se plantea sus demandas vitales a sí mismo sino *primariamente y por sobre todo, al ambiente que lo rodea.* Donde el individuo sano aconseja y ayuda, donde el individuo sano, con sus experiencias, vive sencillamente frente a los demás y deja a cargo de ellos si quieren o no seguir su ejemplo, el individuo que sufre la plaga impone a los demás *por la fuerza*, su manera de vivir. Estos individuos no toleran opiniones que amenacen su coraza o que pongan de manifiesto sus motivos irracionales. Cuando se discuten sus motivos el individuo sano experimenta sólo placer; el individuo aquejado de la plaga se enfurece. Cuando otras concepciones de la vida perturban su vida y su trabajo, el individuo sano lucha de manera racional para conservar su manera de vivir. El individuo aquejado de la plaga lucha contra *otras* formas de vida, aunque no lleguen a afectarle. El motivo de su lucha es la provocación que otras formas de vida representan por el hecho de su mera existencia.

La energía que alimenta a la plaga emocional proviene siempre de la frustración genital, independientemente de que nos ocupemos de la guerra sádica o de la difamación de los amigos. La estasis de energía sexual es lo que la plaga tiene en común con todas las demás biopatías. En cuanto a las diferencias, pronto nos ocuparemos de ellas. La naturaleza biopática de la plaga emocional se aprecia en el hecho de que,

como cualquiera otra biopatía, puede curarse mediante el establecimiento de la capacidad natural de amar.

La disposición a la plaga emocional es general. No existen individuos completamente libres de ella, y tampoco existen individuos totalmente afectados por ella. Así como todo individuo tiene en alguna parte, en lo profundo, una tendencia al cáncer, a la esquizofrenia o al alcoholismo, también todo individuo, así sea el más sano y vivaz, lleva en sí una tendencia a reacciones del tipo de la plaga irracional.

Diferenciar la plaga emocional de la estructura caracterológica genital, es más fácil que diferenciarla de las simples neurosis caracterológicas. Es cierto, la plaga emocional es una neurosis caracterológica o una biopatía en el sentido estricto de la palabra; pero es más que eso, y este "más" es lo que la distingue de la biopatía y de la neurosis caracterológica: *La plaga emocional es ese comportamiento humano que, sobre la base de una estructura caracterológica biopática, se hace sentir en las relaciones interpersonales —es decir, sociales— y que se organiza en las correspondientes instituciones.* La esfera de acción de la plaga emocional es tan amplia como la de la biopatía caracterológica. Es decir, donde quiera existen biopatías del carácter, existe al menos la posibilidad de un efecto crónico o de un agudo estallido epidémico de la plaga emocional. Al definir algunos campos típicos en los cuales esto tiene lugar, veremos de inmediato que los sectores en los cuales la plaga emocional es más activa son los más importantes de la vida; el misticismo en su forma más destructiva, el impulso activo y pasivo por la autoridad, el moralismo, las biopatías del sistema vital autónomo, la política partidaria, la plaga familiar que he denominado "familitis", los métodos sádicos de educación, la tolerancia masoquista de tales métodos o la rebelión criminal contra ellos, el rumor y la difamación, la burocracia autoritaria, la ideología bélica imperialista, todo lo que se resume en la palabra "racket" ("extorsión"), la antisocialidad criminal, la pornografía, la usura, y el odio racial.

Vemos pues que el ámbito de la plaga emocional es aproximadamente el mismo que el de todos los males sociales contra los cuales ha combatido desde tiempo inmemorial todo movimiento de libertad social. No sería del todo incorrecto equiparar el dominio de la plaga emocional con el de la "reacción política", o incluso con el principio de la política en general. A fin de hacerlo de manera correcta, debemos aplicar el principio básico de toda la política, a saber, la codicia por el poder y la ventaja, a las diversas esferas de la vida en las cuales no hablamos de política en el sentido ordinario del término. Una madre, por ejemplo, que emplea este método de la política en un intento de apartar al hijo de su marido, caería dentro de este concepto de la plaga emocional política; también entraría el hombre de ciencia que logra una elevada posición social, no por sus conquistas científicas, sino por métodos de intriga, una posición que no corresponde en manera alguna a sus realizaciones.

Ya hemos mencionado la *estasis sexual biológica* como núcleo biofísico común a todas las formas de la plaga emocional. Esto representa una gran desventaja en una vida social dominada en tan alto grado por

las instituciones derivadas de la plaga emocional. Existe un segundo denominador común a todas las formas de plaga emocional: *la falta de capacidad para experimentar con regularidad la gratificación orgástica natural, conduce al desarrollo de impulsos secundarios, en particular de impulsos sádicos*. Este es un hecho clínico establecido fuera de toda duda. No es de sorprender entonces que la energía biofísica que alimenta a la plaga emocional tenga siempre el carácter de la energía de impulsos secundarios. En casos plenamente desarrollados nunca falta el *sadismo*, este impulso específicamente humano.

Comprendemos ahora por qué la *honestidad* y la *sinceridad* son rasgos tan raros en el carácter humano; más aún, por qué tal conducta, cuando predomina ocasionalmente, despierta siempre sorpresa y admiración. Desde el punto de vista de nuestros ideales “culturales”, cabría esperar que la honestidad y la franqueza fuesen actitudes cotidianas y naturales. El hecho de que no lo son sino que, por el contrario, provocan asombro; que las personas sinceras y francas se consideran como algo raro; que, además, ser honesto y sincero implica tan a menudo un peligro social a la vida; todo esto no puede comprenderse de manera alguna sobre la base de la ideología cultural gobernante, sino sólo con un conocimiento de la plaga emocional organizada. Sólo este conocimiento permitirá comprender el hecho de que, siglo tras siglo, fuese imposible que prevalecieran las fuerzas de ningún movimiento de libertad, *sinceridad* y *objetividad*. Debemos suponer, entonces, que ningún movimiento libertario tiene probabilidades de éxito a menos de oponerse con veracidad, claridad y vigor, a la plaga emocional organizada.

El hecho de que la índole de la plaga emocional no haya sido reconocida ha constituido hasta ahora su mejor salvaguardia. En consecuencia, la investigación exacta de su naturaleza y de las formas en que trabaja, abatirá esta protección. Los portadores de la plaga emocional interpretarán esto, acertadamente, como fatal amenaza a su existencia. La reacción de los portadores y divulgadores de la plaga ante las presentaciones de los hechos que han de seguir, demostrarán todo esto en forma inexorable. Las reacciones a producirse permitirán, en forma imperativa, separar claramente a quienes desean cooperar en la lucha contra la plaga emocional, de aquellos otros que desean conservar sus instituciones. Se ha demostrado una y otra vez que cuando uno indaga en ella, la plaga emocional —quíralo o no— pone de manifiesto su índole *irracional*. No puede ser de otra manera, pues la plaga no puede reaccionar sino irracionalmente. Debe ceder cuando se la confronta, clara e irreductiblemente, con el pensamiento racional y con el sentimiento natural por la vida. No es necesario atacarla en forma directa o combatirla. Automática e inevitablemente, reaccionará con furor ante la sola descripción objetiva y verídica de las funciones naturales del vivir. Nada odia más la plaga emocional que esto.

Las diferencias entre el carácter genital, el carácter neurótico y las reacciones debidas a la plaga emocional

a. En el pensamiento:

En el carácter genital, el pensamiento se orienta según los *hechos y procesos objetivos*; distingue entre lo esencial, lo no esencial y lo menos esencial; trata de sorprender y eliminar las perturbaciones irracionales, emocionales; es de índole *funcional*, no mecánico ni místico; el juicio es resultado de un proceso racional; el pensamiento racional es accesible a los argumentos fácticos, pues no trabaja bien sin argumentos fácticos contrarios a los suyos.

En el carácter neurótico, no lo negamos, el pensamiento también trata de orientarse a partir de procesos y hechos objetivos. Sin embargo, como en el fondo del pensamiento racional, y entrelazado con él, trabaja la estasis sexual, el pensamiento se orienta, al mismo tiempo, según el principio de *evitar el displacer*. Es decir, procesos cuya elaboración pensante provocaría displacer o que se oponen al sistema de ideas de —pongamos por caso— un neurótico de compulsión, se evitan en formas diversas, o bien se los elabora en forma tal que el objetivo racional resulte inalcanzable. Demos algunos ejemplos: todo el mundo anhela la paz. Sin embargo, como el pensar se desarrolla según estructuras caracterológicas en gran medida neuróticas, como en consecuencia existe al mismo tiempo *temor a la libertad* y *miedo a la responsabilidad (angustia-placer)*, la paz y la libertad se discuten de manera formalista, no fáctica; los hechos más sencillos y más evidentes de la vida, que evidentemente representan los fundamentos naturales de la paz y la libertad, se evitan como de intento; se pasan por alto las vinculaciones importantes; así por ejemplo, los conocidos hechos de que la política es ruïnosa y que la humanidad está enferma en el sentido psiquiátrico, no se vinculan de manera alguna con la demanda consciente de un orden social utilizable y que se gobierne a sí mismo. Coexisten pues lado a lado y sin vinculación alguna, dos hechos más o menos conocidos y generalmente válidos. El motivo para esta coexistencia es el siguiente: vincular estos hechos requeriría de inmediato *cambios prácticos en la vida cotidiana*. El carácter neurótico está dispuesto a *afirmar ideológicamente* estos cambios, *pero los teme en el plano práctico*; su coraza caracterológica no permite una modificación de su forma de vivir, que ha llegado a ser rutina; por ello, se mostrará de acuerdo con la crítica a la irracionalidad de la sociedad y la ciencia, pero no se impondrá cambio alguno en función de esa crítica, ni lo impondrá a la sociedad; en consecuencia, no formará un centro social de reforma necesaria. Más aún, muy a menudo el mismo carácter que concuerda en el plano ideológico se convierte prácticamente en un violento opositor si alguna otra persona produce un cambio real. En este punto se confunden y se esfuman los límites entre el carácter neurótico y el individuo aquejado de la plaga.

El individuo aquejado por la plaga emocional no se contenta con una actitud pasiva; se distingue del carácter neurótico por una *actividad*

social más o menos destructora de la vida. Su pensamiento se ve completamente confundido por conceptos irracionales y esencialmente determinado por emociones *irracionales*. Ciertamente es, al igual que en el carácter genital, su pensar está en un todo de acuerdo con sus actos (a diferencia del carácter neurótico, en el cual pensamiento y acción se hallan disociados); pero en la plaga emocional, la conclusión está siempre hecha *antes* del proceso pensante; el pensamiento no sirve, como en el dominio racional, para llegar a la conclusión correcta; por el contrario, sirve para confirmar una conclusión irracional preexistente, así como para racionalizarla. Esto se denomina por lo general "prejuicio"; se pasa por alto que este prejuicio tiene consecuencias sociales de considerable magnitud, que está ampliamente difundido y es prácticamente sinónimo de lo que llamamos "inercia y tradición"; es intolerante, es decir, no admite al pensamiento racional que podría eliminarlo; por tanto, el pensamiento de la plaga emocional es inaccesible a los argumentos; *tiene su propia técnica dentro de su propio dominio*, su propia "lógica", por así decirlo; por este motivo, da la impresión de racionalidad sin ser en realidad racional.

Un educador estricto y autoritario, por ejemplo, apunta con toda lógica y corrección a lo indomable que son los niños. Dentro de este *estrecho* marco, sus conclusiones parecen correctas. Si ahora el pensamiento racional explica que esta rebeldía señalada por el pensamiento irracional es un *resultado* social de ese mismo pensamiento irracional en la educación, nos vemos frente a un bloqueo típico del pensar; es precisamente en este punto donde resulta evidente el carácter irracional del modo de pensar de la plaga.

Otro ejemplo: la represión sexual de índole moralista crea impulsos secundarios y éstos hacen de la supresión moralista algo necesario. Todas las conclusiones son aquí, en sí mismas, lógicas. Si ahora proponemos a alguno de los defensores de la represión, eliminar los impulsos secundarios liberando la gratificación *natural*, habremos abierto una brecha, es cierto, en el sistema de pensar del individuo aquejado por la plaga; pero a ello reaccionará, de manera típica, no con penetración y corrección, sino con argumentos irracionales, con el silencio o incluso con odio. *Para él, es emocionalmente importante que sigan existiendo tanto la represión como los impulsos secundarios*. Por paradójico que esto pueda parecer, la razón es sencilla: *tiene miedo a los impulsos naturales*. Este miedo es la potencia motriz irracional subyacente en todo su sistema de pensamiento, por lógico que pueda ser en sí mismo; este miedo es el que le impulsa a hechos peligrosos si uno amenaza seriamente su sistema social.

b. En la acción:

En el carácter genital, motivo, objetivo y acción guardan armonía; los motivos y los objetivos tienen una meta racional, es decir, *social*. Sobre la base de su naturaleza *biológica* primaria, motivos y objetivos luchan por un *mejoramiento de las condiciones de vida de uno mismo y de los demás*; esto es lo que llamamos "realización social".

En el carácter neurótico, la capacidad para la acción está siempre disminuída, pues los motivos carecen de afecto o son contradictorios. Como por lo general el carácter neurótico ha reprimido su irracionalidad, debe luchar de continuo contra ella. Esto constituye precisamente, la disminución de su capacidad de actuar. Teme abandonarse a cualquier actividad porque nunca puede estar seguro de que no irrumpirán también impulsos sádicos o patológicos de cualquiera otra índole. Por regla general, sufre al percibir el hecho de que está inhibido en su funcionamiento vital, *sin desarrollar sin embargo envidia por los individuos sanos*. Su actitud es la de quien dice: "He tenido mala suerte en la vida, y mis hijos debieran tener una vida mejor que la mía". Esta actitud hace de él un espectador comprensivo, aunque estéril, del progreso. No impide el progreso.

En el individuo atacado por la plaga emocional, las cosas son distintas. Aquí, *el motivo de una acción es siempre supuesto; el motivo expresado nunca es el real*, ya sea éste consciente o inconsciente. Tampoco son idénticos el objetivo dado y el real. En el fascismo alemán, por ejemplo, el objetivo confesado era la "conservación de una nación alemana pacífica"; el objetivo real —basado en la estructura caracterológica— era la guerra imperialista, el sometimiento del mundo, y nada más. Una característica básica del individuo atacado por la plaga es que cree seria y honestamente en el objetivo y en el motivo confesados. Quisiera destacar el hecho de que no podemos comprender la estructura caracterológica del individuo atacado por la plaga si no tomamos en serio lo siguiente: el individuo atacado por la plaga actúa bajo el impulso de una *compulsión estructural*; por bien intencionado que sea, *no puede obrar sino según la modalidad de la plaga emocional*; obrar de esta manera es parte de su esencia tanto como la necesidad de amor o de verdad son esencia del carácter genital; pero el individuo atacado por la plaga, protegido por su convicción subjetiva, no sufre al adquirir noción de lo perjudicial de sus actos. Un hombre puede exigir la custodia de su hijo porque odia a su mujer quien, pongamos por caso, le fué infiel; al hacerlo, cree honestamente estar actuando "en interés de la criatura"; será incapaz de corregir esta actitud cuando el niño sufra por estar separado de la madre y quizá enferme. El padre atacado por la plaga elaborará en forma secundaria todo tipo de racionalizaciones para permitirse mantener su convicción de que obra "exclusivamente por el bien del niño" cuando le mantiene alejado de la madre; *no puede convenirse de que el motivo real es el de infligir un castigo sádico a aquélla*. El individuo aquejado de la plaga —a diferencia del carácter neurótico— desarrolla en todos los casos una intensa envidia, juntamente con un odio mortal a todo lo sano. Una solterona neurótica vive resignada y no se entromete en la vida amorosa de las demás mujeres. Una solterona agobiada por la plaga, en cambio, no tolera que las demás mujeres encuentren la felicidad en el amor; si es una educadora, hará todo lo que esté a su alcance para que *las niñas a su cargo resulten incapaces de experimentar la felicidad en el amor*. Esto se aplica a todas las situaciones de la vida. El carácter atacado por la plaga tratará, en todas las

circunstancias y por todos los medios, de modificar su ambiente en forma tal que su manera de vivir y de pensar permanezcan intactas. Experimenta como provocación todo aquello que contradice sus opiniones, y en consecuencia lo odia y lo combate. Esto es especialmente evidente en los ascetas. La actitud ascética es en esencia la siguiente: “*Nadie debe ser más feliz de lo que yo he sido; todos deben sufrir tal como yo he sufrido*”. Esta actitud básica está tan bien encubierta en todos los casos por una ideología o teoría de la vida perfectamente lógicas en sí mismas, que se requiere una gran experiencia y reflexión para poder descubrirlas. Debe decirse que la educación europea, incluso a comienzos del siglo actual, obedecía todavía a este patrón.

c. *En la sexualidad:*

En el carácter genital, la vida sexual está esencialmente determinada por las leyes naturales básicas de la energía biológica. Para el carácter genital, la alegría al presenciar la felicidad de los demás en el amor es cosa natural, tal como lo es la indiferencia hacia las perversiones y la repulsión por la pornografía. El carácter genital se reconoce fácilmente por el buen contacto que establece con los niños sanos. Para su estructura, es algo natural que los intereses de niños y adolescentes sean en gran parte *sexuales*, y que las demandas resultantes de estos hechos biológicos sean satisfechas: esta actitud es espontánea, sin importar que exista además un correspondiente conocimiento. En la vida social de nuestros días son precisamente estos padres y madres —a menos que, por casualidad, vivan en un medio favorable que les brinde apoyo— quienes se ven expuestos al grave peligro de ser considerados y tratados como criminales por las instituciones autoritarias. Merecen el trato exactamente opuesto, la máxima protección social. Forman en la sociedad centros de los cuales surgirán algún día los educadores y médicos que obren racionalmente; la base de sus vidas y de sus actos es la felicidad que ellos mismos experimentan en el amor. Sin embargo, en la actualidad, los padres que dejen vivir a sus hijos completamente de acuerdo con leyes sanas, naturales, correrían el peligro de verse arrastrados ante la justicia por cualquier asceta con influencia, y de perder a sus hijos.

El carácter neurótico vive en la resignación sexual, o bien se entrega en secreto a actividades pervertidas. Su impotencia orgástica va paralela a su anhelo de felicidad en el amor. Es indiferente hacia la felicidad amorosa de los demás. Reacciona con más angustia que odio cuando entra en contacto con el problema sexual. Su coraza se refiere sólo a su propia sexualidad, no a la de los demás. Su anhelo orgástico resulta a menudo elaborado en ideales religiosos o culturales que hacen escaso daño o escaso bien a la salud de la comunidad. Por lo general, se muestra activo en círculos o grupos con escasa influencia social. Muchos de estos grupos tienen sin duda valor cultural, pero nada pueden aportar al problema de la higiene mental colectiva, pues las masas tienen una actitud mucho más directa e inmediata hacia la cuestión de una vida amorosa natural.

La actitud básica que se acaba de describir, del carácter neurótico sexualmente inofensivo, puede en determinadas condiciones externas, tomar en cualquier momento la forma de la plaga emocional. Por lo común, sucede lo siguiente: irrumpen los impulsos secundarios que fueron frenados por los ideales religiosos y culturales. *La sexualidad del individuo atacado por la plaga es siempre sádica y pornográfica. Se caracteriza por la existencia simultánea de la lascivia sexual (debido a la incapacidad de gratificación sexual) y del moralismo sádico.* Este hecho se da en su estructura; el individuo no podría modificarlo aunque tuviese la penetración y el conocimiento necesarios; sobre la base de su estructura, no puede ser sino *pornográficamente lascivo y sádicamente moralista*, ambas cosas a un tiempo.

Tal es el núcleo de la estructura caracterológica de la plaga emocional. Desarrolla un odio violento contra todo proceso que provoque el anhelo orgástico y, con él, la angustia de orgasmo. *La demanda de ascetismo se dirige no sólo hacia el propio ser sino, en mayor grado y de manera sádica, contra la vida amorosa natural de los demás.* Los individuos atacados por la plaga muestran una marcada tendencia a formar círculos sociales. Estos círculos se convierten en centros de la opinión pública, caracterizada por una violenta intolerancia en todo lo relacionado con la vida amorosa natural. Estos centros están en todas partes y son bien conocidos. Bajo el disfraz de "cultura" y "moral" persiguen con severidad toda manifestación de vida amorosa natural. Con el correr del tiempo, han desarrollado una *técnica especial de difamación*. Luego diremos algo más sobre esto.

La investigación clínica no deja duda alguna de que para estos círculos de individuos atacados por la plaga, el chismorreos sexual y la difamación representan una suerte de gratificación sexual perversa. Se trata de obtener placer sexual con exclusión de la función genital natural. Se encuentran con frecuencia en tales círculos la homosexualidad, la relación sexual con animales, y otras perversiones. La condenación sádica se dirige contra la sexualidad *natural*, y no contra la sexualidad *pervertida*, de los demás. Se dirige además, y con especial violencia, contra la sexualidad *natural de niños y adolescentes*. Al mismo tiempo, cierra los ojos ante todo tipo de actividad sexual pervertida. Estas gentes que forman tribunal en secreto para juzgar la sexualidad natural de los demás, tienen por así decirlo muchas vidas humanas en sus conciencias.

d. *En el trabajo:*

El carácter genital sigue en forma activa el desarrollo de un proceso de trabajo. Se deja que el proceso *siga su propio curso*. El interés se dirige esencialmente hacia el *proceso* mismo; el resultado surge sin esfuerzo especial, pues brota espontáneamente del proceso de trabajo. *El producto resultante del curso de un proceso de trabajo es una característica del gozo biológico en el trabajo.* Estos hechos y consideraciones conducen a una aguda crítica de todos los métodos actuales de crianza, en los cuales la actividad del niño está determinada por un producto anticipado, hecho de antemano. La anticipación del producto y la rígida

determinación del proceso ahogan la imaginación del niño, es decir, su *productividad*. El gozo biológico en el trabajo va paralelo a la capacidad de desarrollar *entusiasmo*. El moralismo compulsivo no tolera el entusiasmo genuino, sólo tolera el éxtasis místico. El niño que debe construir una casa *ya dada* con bloques *determinados*, de una manera *establecida*, no puede utilizar su imaginación y por consiguiente no puede desarrollar entusiasmo alguno. No es difícil comprender que este rasgo básico de la educación autoritaria debe su existencia a la angustia-placer en los adultos; siempre estrangula el placer del niño en su trabajo. *El carácter genital guía la realización de los demás en el trabajo mediante su ejemplo, y no dictando el producto y los métodos de trabajo*. Esto presupone la motilidad vegetativa y la capacidad de entregarse.

El carácter neurótico es más o menos restringido en su trabajo. Su energía biológica se usa esencialmente en la defensa contra las fantasías de perversión. La perturbación neurótica del trabajo se debe al uso erróneo de la energía biológica. Por este motivo, el trabajo del carácter neurótico es típicamente automático, mecánico y desprovisto de gozo. Como el carácter neurótico es incapaz de auténtico entusiasmo, experimenta la capacidad de entusiasmarse de los niños como "impropia"; de todos modos, se arroga, de una manera neurótica compulsiva, la tarea de determinar el trabajo de los demás.

El individuo atacado por la plaga *odia* el trabajo pues lo experimenta como una carga. Elude toda responsabilidad y en especial toda tarea que implique paciente persistencia. Quizá sueñe con escribir un libro importante, con realizar un cuadro extraordinario, con trabajar en una granja; pero como es incapaz de trabajar, evita el desarrollo orgánico, paso a paso, inherente a todo proceso de labor. Esto le inclina hacia la ideología, el misticismo o la política, en otras palabras, a entregarse a actividades que no requieren paciencia ni desarrollo orgánico; puede muy bien llegar a ser tanto un vagabundo como un dictador en éste o aquel dominio de la vida. Ha construido dentro de sí un cuadro de la vida basado en fantasías neuróticas; como es incapaz de trabajar, quiere obligar a los demás a hacerlo para producir este cuadro patológico. Lo que los estadounidenses llaman "jefe" (*boss*) en el peor sentido de la palabra, es un producto de esta constelación. El carácter genital, que orienta un proceso colectivo de trabajo, da espontáneamente el ejemplo: trabaja *más* que los otros. El individuo atacado por la plaga, en cambio, siempre quiere trabajar menos que los demás; cuanto menor su capacidad de trabajo, cuanto menor es en consecuencia su confianza en sí mismo, tanto más se considera autorizado a indicar a los *demás* cómo trabajar.

ψ

La diferenciación expuesta más arriba es necesariamente esquemática. En la realidad de la vida, todo carácter genital tiene también sus inhibiciones de tipo neurótico y sus reacciones de tipo plaga; análogamente, todo individuo aquejado por la plaga lleva en sí las *posibilidades* del carácter genital. La experiencia orgonoterápica no deja duda alguna

de que los individuos aquejados de la plaga emocional que caen dentro del concepto psiquiátrico de "insania moral", no sólo son curables en principio, sino pueden desarrollar extraordinarias capacidades en lo que respecta a intelecto, trabajo y sexualidad. Esto vuelve a destacar el hecho de que el concepto de "plaga emocional" no significa menosprecio alguno. En el curso de casi 30 años de trabajo biopsiquiátrico, he llegado a la conclusión de que la tendencia a caer víctima de la plaga emocional es un indicio de que el individuo en cuestión posee cantidades particularmente grandes de energía biológica. Es precisamente *la alta tensión de su energía biológica* lo que le hace ser víctima de la plaga emocional si, como resultado de una rígida coraza muscular y caracterológica, no puede desarrollarse de manera natural. El individuo aquejado de la plaga es un producto de la educación autoritaria y compulsiva; se rebela contra ella debido a esas capacidades suyas que quedan sin realización, y lo hace con muchos mejores resultados que el carácter neurótico tranquilo y resignado. Se distingue del carácter genital en que su *rebelión carece socialmente de dirección* y no puede producir cambios racionales dirigidos hacia una mejora social. Se distingue del carácter neurótico en que *no se resigna*.

El carácter genital domina en dos formas distintas sus reacciones determinadas por la plaga emocional: primero, debido a su estructura caracterológica esencialmente racional, experimenta esas reacciones como ajenas a sí mismo y carentes de sentido. Segundo, está arraigado en tal medida en los procesos racionales que percibe de inmediato los peligros que para sus procesos vitales podrían surgir de sus tendencias irracionales. Esto le permite controlarse de manera racional. El individuo aquejado por la plaga, en cambio, extrae de su comportamiento tanto placer sádico, secundario, que resulta inaccesible a toda corrección. Los actos del individuo sano derivan, en forma inmediata, de sus reservas de energía biológica. Los actos del individuo aquejado por la plaga, es cierto, derivan de las mismas reservas, *pero con cada acto las energías deben abrirse paso a través de las corazas caracterológica y muscular; como resultado de esto, los mejores motivos se convierten en actos antisociales e irracionales. Al atravesar la coraza caracterológica, los actos cambian su función: el impulso comienza con una intención racional, la coraza hace imposible todo desarrollo natural y orgánico del impulso, el individuo aquejado por la plaga experimenta esto como una intolerable inhibición y a fin de expresarse de alguna manera, el impulso debe primero atravesar la coraza; en este proceso se pierden de vista la intención original y el objetivo racional. El resultado de la acción tiene poco de la intención original, racional; refleja la destructividad que hubo de movilizarse para la irrupción a través de la coraza. La brutalidad del individuo atacado por la plaga corresponde entonces a la imposibilidad de romper la coraza muscular y caracterológica. Es imposible disolver la coraza porque su acción no brinda descarga orgástica de la energía, y tampoco proporciona una autoconfianza racional en sí mismo. En esta forma pueden comprenderse muchas contradicciones en la estructura del individuo agobiado por la plaga. Este individuo puede anhelar cariño y*

encontrar una mujer a quien se imagina poder querer. Cuando se demuestra su incapacidad de amar, eso le impulsa a una furia sádica contra sí mismo o contra la mujer amada, furia que con no poca frecuencia desemboca en el asesinato.

Lo que caracteriza básicamente al individuo agobiado por la plaga es pues la *contradicción entre el intenso anhelo de vida y la incapacidad de encontrar una correspondiente satisfacción en la vida*, resultante de la coraza. El observador cuidadoso advertirá que el irracionalismo político se caracterizó en Europa precisamente por esta contradicción: las mejores intenciones, con la lógica de una compulsión, condujeron a resultados destructivos.

Trataremos ahora de ejemplificar las diferenciaciones expuestas en lo que antecede, usando ejemplos de la vida cotidiana:

Como primer ejemplo tomaremos la *lucha por el hijo*, tal como sucede típicamente en los casos de divorcio. Cabe esperar una de las tres reacciones siguientes: la racional, la inhibida del carácter neurótico, y la reacción del individuo acosado por la plaga.

a. Racional:

El padre y la madre luchan por el desarrollo sano del niño sobre bases racionales y con medios racionales. Pueden concordar en lo relativo a los principios, en cuyo caso las cosas son sencillas, o bien sus opiniones pueden ser ampliamente divergentes. En ambos casos, con miras al mejor interés del hijo, evitarán el uso de métodos disimulados. Hablarán al niño con franqueza y le dejarán decidir. No se dejarán influir por sus propios intereses personales en la posesión del niño, sino que les guiará la inclinación de este último. Si uno u otro de los progenitores es alcohólico o psicótico, se deberá hacer comprender este hecho al niño, de manera considerada, como una desgracia que debe ser sobrellevada. *El motivo es evitar daños a la criatura.* La actitud está determinada por un abandono de los intereses personales.

b. Neurótica:

La lucha por el hijo es influenciada por toda suerte de consideraciones que no vienen al caso, tales como el temor a la opinión pública. No está determinada por el interés de la criatura sino por el amoldarse a la opinión ajena. Los padres neuróticos se adaptan a las opiniones corrientes en cosas tales como el postulado de que en todas las circunstancias el niño debe permanecer con la madre, o bien dejan la decisión en manos de alguna otra autoridad tal como la judicial. Si uno u otro de los progenitores es alcoholista o psicótico, hay tendencia al sacrificio, a acallar los hechos, con el resultado de que tanto el niño como el otro progenitor sufren y corren peligro: *se evita el divorcio.* El motivo de su comportamiento es el lema: "No nos hagamos notar". La actitud está determinada por la *resignación*.

c. Plaga emocional:

El interés del niño es siempre un motivo *fingido* y, como lo demuestran los resultados, *no cumplido.* *El verdadero motivo es la venganza*

contra la otra parte, despojándola del placer que encuentra en el niño. La lucha por éste emplea, por lo tanto, la técnica de difamar al compañero, independientemente de que éste sea sano o enfermo. La falta de toda consideración hacia el niño se expresa en el hecho de que no se toma en cuenta el cariño de la criatura hacia el otro progenitor. A fin de alejar al hijo del otro progenitor, se le dice que éste es alcoholista o psicótico, sin que estas afirmaciones tengan verdad alguna. *El resultado es el daño infligido al niño, el motivo es la venganza destructiva* contra la pareja y la dominación del hijo, mas no el cariño por éste.

Este ejemplo admite infinitas variantes, mas en sus rasgos básicos es típico y posee significación social general. Al emitir juicios, toda jurisdicción racional debería dedicar consideración primaria a tales distinciones. Cabe suponer que los divorcios aumentarán considerablemente en cantidad, y también es seguro decir que sólo el psiquiatra correctamente preparado y el pedagogo, pueden estimar la magnitud del daño infligido en los divorcios por tales reacciones de la plaga emocional.

Tomemos otro ejemplo en el cual la plaga emocional domina y hace estragos: la infidelidad de la pareja amorosa.

a. Racional:

En el caso de una "infidelidad" real o amenaza de infidelidad por parte del compañero, el individuo sano reacciona en principio de alguna de las tres maneras siguientes: 1) separándose del compañero; 2) con competencia y con un intento de reconquistarlo; 3) con tolerancia, si la nueva relación no es demasiado seria y de carácter transitorio. En esta situación, el individuo sano no busca refugio en la neurosis, no plantea exigencia alguna de posesión, y muestra cólera sólo si lo que sucede toma formas alejadas de la decencia.

b. Neurótica:

La infidelidad se sufre en forma masoquista, o bien la coraza impide tomar conocimiento de ella. Hay un severo temor a la separación. Muy a menudo, se busca refugio en la enfermedad neurótica, en el alcoholismo, los ataques histéricos o la resignación.

c. Reacción debida a la plaga emocional:

Por regla general, la infidelidad no es el resultado de enamorarse de otra persona, sino motivada por el cansancio o el deseo de vengarse de la pareja. Por parte del compañero ofendido, hay intentos de diversa índole para mantenerle en la casa, de reducirle mediante ataques histéricos, de dominarle mediante escenas del tipo más abominable, e incluso de hacerle vigilar por investigadores privados. A menudo, se busca refugio en el alcoholismo a fin de facilitar el poder tratar al compañero con brutalidad. El motivo no es el amor al compañero, sino la ambición de poder y de posesión.

Las tragedias de celos constituyen un amplio sector de la actividad de la plaga emocional. No existen en la actualidad concepciones ni medidas médicas, sociales ni legales, que tomen en cuenta este vasto y desesperado dominio de la vida.

Consideraremos ahora una modalidad de reacción particularmente impresionante y típica de la plaga emocional, reacción que denominaremos *específica de la plaga*.

La reacción específica de la plaga emplea la difamación sexual, es decir, moral. Se desempeña de manera análoga al mecanismo de proyección en los delirios de persecución: en este caso, un impulso perverso irrumpe a través de la coraza y se ve desplazado hacia personas u objetos del mundo exterior. Lo que en la realidad es un impulso interior, se interpreta erróneamente como amenaza proveniente del exterior. Lo mismo se aplica a las sensaciones provenientes de las corrientes plasmáticas orgonóticas: lo que para el individuo sano es parte de su gozoso experimentar la vida, se convierte para el esquizofrénico —como resultado de su coraza caracterológica— en una misteriosa máquina supuestamente utilizada por algún enemigo para destruir su cuerpo mediante corrientes eléctricas. Estos mecanismos delirantes de proyección son bien conocidos en psiquiatría. El error cometido por ésta fué restringir tales mecanismos de proyección a los pacientes psicóticos. Pasó por alto el hecho de que precisamente el mismo mecanismo de proyección trabaja en general en la vida social, bajo la forma de la reacción específica de la plaga, y en personas reconocidamente normales. Nos ocuparemos ahora de esto.

El mecanismo biopsíquico es el siguiente: el moralismo compulsivo en la educación y en la vida, crea la lascivia sexual. Nada tiene esto en común con la necesidad natural de cariño; representa un verdadero impulso secundario, como por ejemplo el sadismo o el masoquismo. Como ya no existe la vividez de la experiencia natural del placer, toman su lugar la lascivia y el chismorre sexual, como impulso compulsivo, secundario. Ahora bien, así como el esquizofrénico proyecta sobre los demás sus corrientes orgonóticas y sus impulsos perversos, y los experimenta como amenaza emanada de ellos, en la misma forma el individuo aquejado por la plaga proyecta sobre la demás gente su propia lascivia y perversidad. A diferencia del individuo psicótico, no experimenta masoquísticamente y como amenaza los impulsos que proyecta sobre los demás. En cambio; usa el chismorre y la difamación en forma *sádica*, atribuyendo a los demás lo que no osa reconocer en sí mismo. Esto se aplica tanto a la genitalidad natural como al impulso secundario, perverso. La manera de vivir del individuo genitualmente sano recuerda al agobiado por la plaga, dolorosamente, su propia debilidad genital y por ello representa una amenaza a su equilibrio neurótico. Todo lo que le queda por hacer es arrastrar por el polvo la genitalidad natural del otro, conforme al principio de las uvas verdes. Además, como no es capaz de ocultar su lascivia por completo tras la apariencia del moralismo ético, atribuye esa lascivia a la víctima de sus chismes. En todos los casos de este tipo de reacción específica de plaga, encontraremos que se atribuyen al individuo sano precisamente aquellas características contra las cuales se lucha en vano en uno mismo o que, *con una mala conciencia*, se trata de vivir en la realidad diaria.

Trataremos de ejemplificar las reacciones específicas de la plaga con algunos casos de la vida cotidiana.

Existe un tipo de "intelectual" que siempre habla de "valores culturales". Este tipo de persona se refiere de continuo a los clásicos, sin siquiera haber comprendido o experimentado los serios problemas expuestos por, digamos, un Goethe o un Nietzsche. Al mismo tiempo, son cínicos y se consideran modernos y liberales, libres de las trabas de la convención. Incapaces de una experiencia seria, consideran el amor sexual como una especie de juego acerca del cual se hacen bromas agudas, insinuando cuántas veces se "jugó" la noche anterior, etc. Quien escucha con seriedad esta conversación, quien conoce la abismal miseria sexual de la mayoría de la gente y el papel destructivo desempeñado por la falta de seriedad sexual, sabe que esta lascivia surge del hambre sexual resultante de la impotencia orgástica.

Estos individuos "cultos" tienden a considerar la economía sexual, que —salvando los más grandes obstáculos— lucha seriamente contra la plaga emocional en las masas, como producto de una mente distorsionada. Hablan continuamente de "valores culturales" que deben ser sostenidos, pero se enfurecen cuando alguien traduce esta conversación de valores culturales a la práctica social en gran escala. Un individuo de este tipo conoció por azar una mujer que pensaba trabajar conmigo. Surgió en su conversación el tema de mi trabajo y él la previno diciéndole que no enviaría ni siquiera a su peor enemigo a verme, pues, como dijo, yo era el "director de un burdel, sin permiso municipal". Inmediatamente encubrió esta afirmación diciendo que yo era un excelente clínico. Esta difamación —que lleva en sí todas las marcas de la reacción específica de la plaga— se difundió rápidamente, por supuesto. La mujer vino de todas maneras a estudiar conmigo la pedagogía vinculada con la economía sexual, y pronto comprendió lo que llamamos plaga emocional.

En tales situaciones, es difícil conservar una actitud objetiva y correcta. No podemos acceder al comprensible impulso de golpear a tal individuo, pues deseamos mantener nuestras manos limpias. Ignorar tal acontecimiento significa hacer precisamente lo que el individuo aquejado por la plaga piensa que haremos, para poder continuar con su daño social. Queda la posibilidad de un pleito por calumnia. Eso significaría, sin embargo, combatir la plaga emocional, no *en el plano médico*, sino descendiendo a su propio nivel. Nos inclinamos entonces a dejar que las cosas sigan su propio curso, a riesgo de que análogos individuos tomen esos asuntos a su cargo y que entre ellos figure algún "historiador científico" que me haga pasar a la historia como secreto propietario de un burdel. El asunto es importante porque mediante tales rumores la plaga emocional ha logrado repetidas veces destruir realizaciones honestas e importantes. Esto convierte en una necesidad social la lucha contra la plaga emocional, pues es más destructiva que millares de cañones. Basta leer en la obra de Lange *Geschichte des Materialismus* las difamaciones que debió sufrir De la Mettrie, el precursor de la ciencia natural en el siglo xvii. De la Mettrie no sólo había captado correctamente las vinculaciones esenciales entre la percepción y el estímulo

fisiológico; había descrito correctamente la relación entre el problema mente-cuerpo y el proceso sexual biológico. Eso era demasiado para los filisteos cuyo número es tanto mayor que el de los investigadores honestos y valerosos. Comenzaron a difundir el rumor de que De la Mettrie podía desarrollar tales conceptos sólo porque era un "libertino". Así ha llegado hasta nosotros el rumor de que murió comiendo un pastel con el que se atascó en la forma típica del voluptuoso. Esto es no sólo un desatino, considerado desde el punto de vista médico; es un ejemplo típico de difusión de rumor por parte de los individuos aquejados por la plaga, rumores que, tomados por organismos humanos incapaces de experimentar placer, pasan a la posteridad, vilipendiando sin razón alguna un nombre decente. Es fácil ver cuán catastrófico es el papel que tales reacciones desempeñan en la vida social.

Citaré otro ejemplo, en el cual resulta evidente aún con mayor claridad el mecanismo de proyección de la plaga emocional, en forma de difamación. En Noruega, llegó a mis oídos la noticia de un rumor según el cual yo había sufrido de esquizofrenia y pasado algún tiempo en un hospicio. Al llegar en 1939 a los Estados Unidos, descubrí que el rumor se había difundido en este país aún más que en Europa, donde mi obra era más conocida. Pronto resultó evidente que dicho rumor emanaba de la misma fuente europea, una persona radicada en ese intervalo en los Estados Unidos.¹

La situación no carecía de cierta ironía: poco después de mi ruptura con la Asociación Psicoanalítica, esta persona sufrió un severo colapso nervioso, debiendo pasar algunas semanas en un sanatorio destinado a enfermos mentales. El accidente del episodio nervioso significó para esta persona, al parecer, un serio golpe. En esa época, se encontró ante un conflicto nada fácil: por un lado, comprendía la corrección de mi trabajo científico; por el otro, era incapaz de apartarse de su organización, la cual había planteado un agudo conflicto con mis teorías. Como suele suceder en tales casos, esa persona aprovechó la oportunidad para desviar la atención hacia mí, entonces en el centro de la peligrosa y amplia polémica. Con el convencimiento de que yo estaba perdido, sin esperanzas, la tentación de aplicarme el empujón final era demasiado grande. La reacción de este hombre era una proyección conforme a la pauta específica de la plaga emocional. *Yo nunca había sido psicótico, ni había estado en un hospicio.* Por el contrario, hasta el día de hoy he sobrellevado la más pesada carga, sin perturbación alguna de mi capacidad de trabajo y de amor.

¹ Uno de nuestros médicos más destacados regresó de Oslo a los Estados Unidos en 1939. Pasó algunos días en Zurich, donde informó a un antiguo colega psiquiatra que había estado trabajando conmigo. Con gran sorpresa, este colega exclamó: "Pero Fulano dijo que Reich se había vuelto esquizofrénico". "Fulano" era la persona en cuestión. Poco después de su vuelta en los Estados Unidos, el médico se enteró por un conocido que el analista de éste le había dicho lo mismo: "Fulano (otra vez la misma persona) me dijo que Reich estaba esquizofrénico". Este inventor de rumores murió pocos años después, de un ataque cardíaco. Desde mucho tiempo atrás, yo sabía que él sufría de impotencia.

Después de todo, una enfermedad mental no es en sí misma una desgracia. Como cualquier psiquiatra decente, abrigo profunda compasión por los pacientes y a menudo siento admiración ante sus conflictos. Un paciente aquejado de un trastorno mental es mucho más serio, está mucho más cerca del funcionamiento vivo, que un Babbitt o un individuo aquejado de la plaga emocional, socialmente peligroso. Esta difamación tenía como objetivo arruinarme y arruinar mi trabajo, y produjo algunas situaciones peligrosas y difíciles. Con muchos estudiantes, por ejemplo, tuve en esa época la tarea adicional de convencerlos de que *yo* no era psicótico. En ciertas fases de la orgonoterapia, hace su aparición un mecanismo específico de la plaga emocional, y lo hace en forma típica: en cuanto el paciente o el estudiante entra en contacto con sus corrientes plasmáticas, desarrolla una severa angustia de orgasmo. En esta fase, se considera al orgonoterapeuta como un "cérdo sucio, sexual", o como un "loco". Subrayo el hecho de que esta reacción se produce en *todos* los casos. Ahora bien, la mayoría de los estudiantes había oído el rumor en cuestión. La teoría de la economía sexual es en muchos aspectos tan revolucionaria que resulta muy fácil llamarla "locura". Debo decir que, como resultado de este rumor, las situaciones complicadas llegaron a constituir un peligro para la vida. Tales consecuencias de una reacción debida a la plaga emocional debieran impedirse por todos los medios legales a nuestro alcance. Sólo a mi experiencia clínica debo el haber podido dominar los peligros resultantes de este rumor.

Cuando, algunos años después, se dijo que mi trabajo científico era incompatible con el diagnóstico de esquizofrenia, nuestro inventor de rumores modificó su afirmación en una forma casi humorística, diciendo ahora que yo me había "recuperado" de mi enfermedad esquizofrénica.

Las reacciones específicas de la plaga emocional se aprecian con particular frecuencia en la vida política. En la historia de los últimos tiempos, hemos visto una y otra vez cómo las dictaduras imperialistas atribuyen a su víctima, con cada nuevo acto de agresión, la intención que ellas mismas tenían y que habían llevado a la práctica. Así se acusó a Polonia de planear en secreto un ataque contra el Reich Alemán, se dijo había sido necesario anticipar tal acción y en esa forma se justificó el ataque a Polonia, etc.

Si nos remontamos sólo algunas décadas en la historia de la política, encontramos el famoso caso Dreyfus: altos miembros del Estado Mayor Francés vendieron planos a los alemanes; a fin de protegerse acusaron de su mismo crimen a Dreyfus, un capitán inocente y decente, y lograron su destierro a una isla lejana. Sin la valiente campaña de Zola, esta reacción específica de la plaga emocional ni siquiera hubiese sido puesta al descubierto. Si la política no estuviese regida en tan alto grado por las leyes de la plaga emocional, sería lógico que tales catástrofes no pudieran suceder. Pero como la plaga emocional gobierna en gran medida la formación de la opinión pública, presenta una y otra vez sus abusos como lamentables errores judiciales, sólo para poder continuar infligiendo sus daños.

Si nos tomamos la molestia de estudiar realmente el trabajo de la plaga emocional en la alta política, nos resulta difícil creer en la historia. ¿Es posible —debemos preguntarnos— que el clericalismo de un dictador político, o la aventura amorosa de un rey, puedan influir sobre el bienestar de varias generaciones, de millones de personas? ¿El irracionalismo en la vida social llega a tales extremos? ¿Es realmente posible que millones de personas adultas, trabajadoras, ignoren esto, o se nieguen siquiera a reconocerlo?

Estos interrogantes parecen extraños sólo porque los efectos de la plaga emocional son demasiado fantásticos como para creer en su real existencia. Al parecer, el razonamiento humano se niega a admitir que tales desatinos prevalezcan. Es precisamente la gigantesca falta de lógica de tales condiciones sociales la que asegura continuidad a su existencia. Yo pediría al lector que tome con toda la seriedad que el problema merece, esta contradicción entre la *inmensidad* y la *increibilidad* de la plaga emocional. Abrigo la profunda convicción de que ni uno solo de los males sociales, cualquiera sea su magnitud, podrá ser borrado de la tierra mientras la conciencia pública se niegue a aceptar que esta sinrazón realmente existe y es en verdad tan gigantesca que *no se le ve*. Comparadas con la inmensidad de la sinrazón social constantemente alimentada por la bien arraigada plaga emocional, las funciones básicas que gobiernan los procesos vitales, *amor*, *trabajo* y *conocimiento*, parecen enanos junto a un gigante; más aún, parecen socialmente ridículas. No es difícil comprenderlo.

Sabemos por una amplia experiencia médica que el problema de la sexualidad adolescente, sin resolver como está, ejerce un efecto mucho más profundo sobre la vida social y las ideologías morales que, pongamos por caso, una ley de derechos aduaneros. Imaginemos un médico miembro de algún parlamento, que sugiera a su gobierno una amplia presentación y una discusión parlamentaria del problema de la pubertad. Imaginemos además que este legislador, después de ver rechazada su sugerencia, recurra al método del *filibuster*.* Este ejemplo muestra a las claras la contradicción entre la vida humana cotidiana y la forma de administración que la gobierna. Si consideramos el asunto con calma y objetivamente, nada habría de extraordinario en un debate parlamentario sobre el problema de la pubertad. Todos, incluso todos los legisladores, hemos sufrido en la adolescencia el infierno de la frustración sexual. En la vida, nada puede compararse en severidad e importancia con este conflicto. Es un problema de interés social general. Una solución racional del problema de la pubertad eliminaría, de un golpe, una serie de males sociales tales como la delincuencia juvenil, la infelicidad consecuente de los divorcios, la infelicidad que rige la temprana educación, etc. Así pues, deberemos considerar la exigencia de nuestro hipotético legislador como algo completamente racional y útil. Pero al mismo tiem-

* En el Congreso de los Estados Unidos de Norte América, los oradores no tienen límite de tiempo en el uso de la palabra. Esto permite entorpecer la aprobación de algunas medidas con discursos de desmesurada longitud (algunos de días enteros), que reciben el nombre de *filibuster*. (T.)

po sentimos ante ella un rechazo. Algo dentro de nosotros se rebela contra un debate parlamentario, público, del problema de la pubertad. Este "algo" es precisamente la intención y el efecto de la plaga emocional social, que se esfuerza constantemente por mantenerse a sí misma y a sus instituciones. Ha dividido la vida social en una vida privada y otra oficial. La primera es excluida de la escena pública. La vida oficial es asexual hacia el exterior y pornográfica o perversa hacia el interior. Sería de inmediato idéntica a la vida privada, y representaría correctamente la existencia cotidiana en extensas formas sociales, si no existiera este abismo. Esta unificación de la vida tal como se la vive, y de las instituciones sociales, sería simple y sin complicaciones. Pero entonces desaparecería automáticamente ese sector de la estructura social que no sólo nada contribuye a la continuación de la vida social, sino que la coloca periódicamente al borde del desastre. Este sector es el denominado "alta política", en todos sus aspectos.

El mantenimiento del abismo entre la vida real de un organismo social y su fachada oficial, es una intención que la plaga emocional defiende con violencia. Por eso ésta adquiere regularmente caracteres destructivos, cuando se encara este abismo de manera racional y objetiva. Una y otra vez, fueron representantes de la alta política quienes obraron contra la difusión de la comprensión económico-sexual de la vinculación existente entre el organismo biológico del animal hombre, y su estado político. Este procedimiento, en su forma más *benigna*, es más o menos el siguiente: "Estos 'filósofos del sexo' son pústulas inmorales del cuerpo social, que continúan abriéndose de tiempo en tiempo. Por desgracia, es cierto que el animal hombre tiene una sexualidad; es un hecho deplorable. Por lo demás, la sexualidad no lo es todo en la vida. Existen otras cosas y más importantes, tales como la economía y la política. La economía sexual exagera. Estaríamos mucho mejor sin ella".

Encontramos este argumento, con regularidad, en el tratamiento individual de una biopatía o en la formación de un estudiante. Constituye un hecho inequívoco que proviene de la angustia de orgasmo y se plantea en un intento de evitar tener que perturbar la resignación. Confrontados con el mismo argumento en una reunión pública, por ejemplo una reunión sobre higiene mental, no podemos desarmar a los representantes de los "valores" —culturales y de otra índole— señalando su coraza personal y la angustia que experimentan ante el placer. El economista sexual que tal cosa hiciera hallaría que la reunión se volvería *contra él*, pues sus miembros poseen esos rasgos de carácter en común con el adversario, y tienen también en común con el adversario el argumento irracional que surge de esos rasgos. Este es el punto de la discusión en el cual más de un médico o maestro ha sufrido un naufragio. Pero existe un argumento irrefutable, puramente lógico, que según nuestra experiencia da buenos resultados:

Estamos de acuerdo con el adversario. Es perfectamente cierto que la sexualidad no lo es todo en la vida. Podemos agregar incluso que en los individuos sanos la sexualidad no es tema de conversación y no

ocupa el centro de sus pensamientos. ¿Por qué, debemos preguntarnos entonces, ocupa la sexualidad —a pesar de estos hechos— el lugar central en la vida y el pensamiento de las personas? Permítasenos ilustrar esto con un ejemplo.

Se sobrentiende que la circulación del vapor es en una fábrica un requisito previo para su funcionamiento. Sin embargo, los obreros de la fábrica nunca piensan en ella: están completamente concentrados en la elaboración de su producto. La energía del vapor no es, ciertamente, “todo”; existen otros intereses más importantes, tales como la fabricación de máquinas, etc. Pero supongamos que de pronto algunas válvulas del sistema de vapor se atascan: la circulación de energía se interrumpe, las máquinas se detienen y, con ellas, se para el trabajo. Ahora, la atención de los obreros se concentra exclusivamente en la perturbación de la circulación energética, y en cómo podrá remediársela. Pero qué sucedería si los obreros se dieran a argumentar como sigue: “Esta tonta teoría del calor exagera el papel del vapor. Es cierto que el vapor es necesario; pero, al diablo, no lo es todo. ¿No ven ustedes que tenemos otros intereses, que existen factores económicos a considerar?” En este caso, estos “tipos vivos” encontrarían simplemente la risa de los demás, y se trataría de eliminar la perturbación del sistema de vapor, antes de poder “pensar en otras cosas”.

Tal es la situación en que se encuentra el problema sexual en nuestra sociedad. El flujo de energía biológica, de energía sexual, está perturbado en la abrumadora mayoría de la gente. Tal es el motivo para que el mecanismo biosocial de la sociedad no funcione como es debido, o no funcione del todo. Por eso existen la política irracional, la irresponsabilidad de las masas populares, las biopatías, el asesinato y el crimen, en resumen, toda la plaga emocional. Si todas las personas pudieran satisfacer sus necesidades sexuales naturales sin perturbación alguna, no se hablaría del problema sexual. Entonces se justificaría decir que “hay otros intereses”.

El tremendo esfuerzo de la economía sexual consiste precisamente en tratar de ayudar a estas “otras” cosas a *obtener la parte que les corresponde*. El que en la actualidad todo gire alrededor de la sexualidad es el indicio más seguro de que existe una severa perturbación en el flujo de energía sexual en el hombre, y con ello en su funcionamiento biosocial. La economía sexual trata de desatascar las válvulas del sistema de energía biológica para que, como resultado, puedan funcionar “otras” cosas importantes tales como el pensar claro, la decencia natural y el trabajo gozoso, para que, en otras palabras, la sexualidad en su forma pornográfica prevaleciente, deje de abarcar *todo* el pensamiento, como lo hace hoy.

La perturbación en el fluir de la energía, tal como se ha descrito, actúa en lo profundo, en la base del funcionamiento biosocial, y así gobierna todas las funciones del hombre. Dudo que el carácter básicamente biológico de esta perturbación haya sido captado en toda su magnitud y profundidad, ni siquiera por algunos orgonterapeutas. Estudie-

mos esta profundidad, y la relación entre la orgonomía y las otras ciencias naturales, mediante el siguiente ejemplo:

Comparemos las ciencias naturales que dejan fuera de toda consideración la perturbación biológica básica recién descrita, con un grupo de ingenieros dedicados a la construcción de ferrocarriles. Estos ingenieros escriben miles de libros, todos ellos sumamente exactos, sobre el tamaño y material de puertas y ventanillas, asientos, etc., sobre la composición química del acero y la madera, la resistencia de los frenos, sobre velocidades, trazado de estaciones, etc. Supongamos que siempre dejan fuera de sus libros *una cosa* definida: no se ocupan de la energía del vapor y su aprovechamiento. Las ciencias naturales no conocen la exploración funcional del funcionamiento vital. Puede comparárselas, por lo tanto, a estos ingenieros. El orgonomista no puede realizar su tarea a menos de comprender plenamente que él es el *ingeniero del aparato vital*. No es culpa nuestra el que, como ingenieros del aparato vital, debamos ocuparnos en primer lugar de la energía biosexual. Tampoco existe razón alguna por la cual este hecho deba hacernos sentir inferiores. Por el contrario, tenemos todos los motivos para sentirnos orgullosos de nuestra dura labor.

Nos preguntaremos cómo fué posible que los estragos de una plaga como la que nos ocupa pudieron pasar por alto en forma tan absoluta y durante tanto tiempo. Sucede que esta oscuridad hace a la esencia misma de la plaga emocional. La imposibilidad de verla y de comprenderla es su intención y su éxito. Como lo he dicho antes, la inmensidad de la pandemia era demasiado evidente para poder notarla. (Hitler: "Cuanto más grande la mentira, tanto más fácilmente se la cree".) Antes del desarrollo de la orgonomía, no había método científico para descubrir y comprender la plaga emocional. La política no sólo parecía tener su propio tipo de razón; no sólo no existía sospecha alguna del carácter irracional de la plaga política; la plaga tenía a su disposición incluso los medios sociales más importantes para impedir el reconocimiento de su naturaleza.

En todos los casos de tratamiento de una biopatía o de modificación de la estructura caracterológica de un médico o un maestro, encontramos la plaga emocional bajo la forma de reacciones de resistencia caracterológica. De esta manera aprendemos a individualizarla clínicamente. La experiencia clínica justifica con toda plenitud nuestra aseveración de que no hay ser humano a quien la plaga emocional no haya causado algún daño.

Otra forma de relacionarnos con la plaga emocional es la reacción a los descubrimientos científicos de la orgonomía. Los portadores de la plaga quizá no se vean afectados en forma directa por los efectos de nuestro trabajo científico; quizá lo desconozcan por completo, sin embargo, han sentido el desenmascaramiento de la plaga emocional tal como tuvo lugar en los estudios caracteroanalíticos y los orgonterapéuticos posteriores, y lo han sentido como una amenaza. Reaccionaron ante ellos con la difamación y la reacción específica de la plaga, mucho antes de que ninguno de nosotros tuviese conciencia de emprender la más

dura lucha jamás sostenida por médicos y maestros. Mediante actos bien encubiertos y racionalizados, la plaga sabía cómo impedir que se la desenmascarase. Se comportaba como un criminal vestido de etiqueta, a quien se le arranca la máscara. Durante más de una década, tuvo éxito; casi llegó a lograr la seguridad de su existencia continuada durante varios siglos más. El éxito hubiese sido completo de no haber hecho su aparición, de manera demasiado desastrosa y a menudo reveladora, bajo la forma de dictaduras e infecciones colectivas. Agitó una guerra de proporciones jamás soñadas, agregándola al crimen crónico, cotidiano. Trató de disimularse tras los "intereses del Estado", tras "nuevos órdenes" y tras "las demandas del Estado o de la raza". Durante años, un mundo psíquicamente enfermo le prestó crédito. Pero se traicionó en toda la línea. Ha chocado con el sentimiento natural que todos tenemos por la vida, pues no ha dejado familia o profesión sin su huella. De pronto, lo que el orgonterapeuta había aprendido a comprender y a dominar en su estudio, convergió hacia un mismo punto con las manifestaciones de la catástrofe mundial. Los rasgos básicos eran los mismos, tanto en grande como en pequeña escala. De esta manera, la misma plaga emocional vino en ayuda de la ciencia natural, de unos pocos psiquiatras y educadores. El mundo ha comenzado a plantear interrogantes acerca de la naturaleza de la plaga emocional, y espera una respuesta. Se la damos según nuestro mejor conocimiento y entender. Toda persona consciente descubrirá la plaga emocional en sí misma y así comenzará a comprender qué es lo que una y otra vez lleva al mundo al borde del desastre. El "nuevo orden", como siempre, debe comenzar en nuestra propia casa.

Poner al descubierto estas actividades y mecanismos ocultos de una vida distorsionada, tiene dos objetivos: primero, cumplir un deber con la sociedad; si en el caso de un incendio falla el abastecimiento de agua y alguien conoce la ubicación de la falla, es su deber revelarla. Segundo, debe protegerse contra la plaga emocional el futuro de la economía sexual y de la biofísica orgónica. Nos sentimos casi inclinados a agradecer a quienes en 1930 en Austria, en 1932 y 1933 en Alemania, en 1933 en Dinamarca, en 1934 en Lucerna, en 1934 y 1935 en Dinamarca y Suecia, en 1937 y 1938 en Noruega, y en 1947 en los Estados Unidos de Norte América, se agruparon para atacar el trabajo honesto pero sin dobleces sobre la estructura humana; agradecerles por habernos despojado de ese candor y haber abierto los ojos de mucha gente respecto de un sistema socialmente peligroso, aunque patológico de difamación y persecución. Si un ladrón va demasiado lejos y abandona sus precauciones, corre el riesgo de ser capturado y condenado a prisión. Hace alrededor de diez años, los portadores y difundidores de la plaga emocional todavía se sentían seguros. Estaban ciertos de su victoria y en verdad, durante años pareció que la lograrían. Sólo una gran perseverancia, un profundo arraigo en el trabajo científico, y la independencia ante la opinión pública, impidieron su éxito. La plaga emocional no descansa hasta haber aniquilado las grandes realizaciones, los frutos de la industria humana y la búsqueda de la verdad. No creo que haya logrado el éxito

en esta ocasión, ni que llegue a lograrlo. Por primera vez, debe afrontar ya no los meros sentimientos decentes, sino el necesario conocimiento de los procesos vitales, procesos que demuestran, en grado cada vez mayor, su fuerza superior. Fueron la fuerza y la consecuencia de la ciencia natural orgonómica las que me permitieron recobrar de los duros y peligrosos golpes asestados por la plaga emocional. Si eso fué posible, la dificultad más grande parece haber sido superada.

Respecto a mi persona y mi obra, pido al lector que considere un hecho sencillo: los psicoanalistas neuróticos me califican de esquizofrénico, los comunistas fascistas me combaten como trotskyista, las personas sexualmente lascivas me han acusado de poseer un burdel, la policía secreta alemana me persiguió como bolchevique, la policía secreta estadounidense, como espía nazi, las madres dominadoras querían acusarme de corruptor de niños, los charlatanes de la psiquiatría me llamaron charlatán, los futuros salvadores del mundo me calificaron de nuevo Jesús o nuevo Lenin. Todo esto puede haber sido halagador o no. Estoy dedicado a otra labor, que requiere todo el tiempo y la fortaleza de que dispongo: el trabajo sobre la estructura irracional humana y el estudio de la energía vital cósmica descubierta hace muchos años; en pocas palabras, estoy dedicado a mi trabajo en orgonomía.

Grandes escritores y poetas han descrito y combatido la plaga emocional desde que comenzaron sus estragos. Sin embargo, estas grandes realizaciones literarias *no han tenido, en general, efecto social alguno*. No eran organizadas y las administraciones sociales no las han tomado como base para instituciones que fomenten la vida. Ciertamente es, se construyeron monumentos en homenaje a estos maestros de la literatura, pero demasiado a menudo parece que la plaga emocional hubiese alcanzado el éxito en la construcción de un gigantesco museo en el cual se encerraron todas las realizaciones, ocultas por la falsa admiración; realizaciones que, cada una por sí misma, hubiese sido suficiente para construir un mundo razonable si se las hubiese tomado seriamente y de una manera práctica. Así pues, estoy lejos de ser el primero en tratar de captar y combatir la plaga emocional. Sólo creo ser el primer trabajador de ciencia natural que, mediante el descubrimiento del orgón, suministró una sólida base científica para *comprender y dominar* la plaga emocional.

Hoy en día, cinco, ocho, diez y catorce años después de diferentes catástrofes inesperadas e incomprensibles, mi punto de vista es el siguiente: *tal como el bacteriólogo concibe el trabajo de su vida en la eliminación de las enfermedades infecciosas, así la tarea del orgonomista médico es poner al descubierto la naturaleza de la plaga emocional y combatirla como enfermedad ubicua*. El mundo *se acostumbrará a este nuevo campo del trabajo médico*. Aprenderemos a comprender la plaga emocional en nosotros mismos y fuera de nosotros, y apelaremos a centros científicos en lugar de recurrir a la policía, al fiscal de distrito o al jefe del partido. También la policía y los fiscales de distrito, e incluso los salvadores, tienen interés en dominar la plaga emocional en sí mismos y fuera de sí mismos. Pues la policía y el fiscal de distrito tratan

con la criminalidad biopática; el salvador, con el desamparo de las biopáticas colectivas de la humanidad. Consideramos como criterio crucial el hecho de que en su trato con nosotros, una persona emplee medios de difamación y persecución, o que use los medios de la discusión científica. Esto muestra quién sufre la plaga y quién no.

Creo llegado el momento en que comienza a desaparecer el desamparo frente a la plaga emocional. Hasta ahora, experimentábamos sus ataques tal como se experimenta la caída de un árbol o la caída de una piedra desde un tejado: son cosas que suceden, decimos; o bien tenemos suerte y no nos golpean, o bien no la tenemos y nos causan la muerte o nos dejan inválidos. Ahora sabemos que el árbol no cae por accidente y que la piedra no cae sin causar perjuicio. Sabemos que en ambos casos algún ser humano perturbado, manteniéndose oculto, provoca la caída del árbol o de la piedra. A partir de eso, todo lo demás se sigue por sí solo.

Entonces, si algún médico inicia un juicio contra un organomista por tal o cual "actividad ilegal"; si un político delata a un organomista por "evasión del impuesto a los réditos", por "seducción de niños", por "espionaje" o por "trotskysmo"; si oímos rumores de que éste o aquel organomista es psicótico, que seduce a sus pacientes, que mantiene un burdel, etc., sabemos que estamos frente a la plaga emocional y no a una discusión científica. El Instituto del Orgón, con sus exigencias en cuanto al estudio, y las demandas de nuestro trabajo diario, constituye para la comunidad una garantía de que somos precisamente nosotros quienes estamos empeñados en una vigorosa lucha contra estos rasgos básicos de la plaga emocional.

No podemos creer en una existencia humana satisfactoria hasta tanto la biología, la psiquiatría y la pedagogía no afronten decididamente la plaga emocional universal y la combatan tan sin cuartel como se combate a las ratas portadoras de pestes. La investigación clínica amplia, laboriosa y concienzuda pone inequívocamente en claro que *sólo el restablecimiento de la vida amorosa natural de los niños, adolescentes y adultos, puede eliminar del mundo las neurosis caracterológicas y, con ellas, la plaga emocional, en sus diversas formas.*

CAPÍTULO XIII

NOTA SOBRE EL CONFLICTO BASICO ENTRE NECESIDAD Y MUNDO EXTERIOR *

A fin de poder justipreciar la significación teórica de nuestras presentaciones clínicas, debemos considerar algunas cuestiones vinculadas con la teoría de los instintos. La experiencia clínica ha aportado amplias pruebas en cuanto a la corrección del supuesto de Freud de un dualismo fundamental en el aparato físico; pero ha mostrado también la existencia de algunas contradicciones en ese supuesto. En la presentación clínica que ahora hacemos, no se puede tratar en forma extensa el problema de las relaciones entre el instinto y el mundo exterior. Debemos decir algunas palabras acerca de él, para dar a esta obra una conclusión teórica, y al mismo tiempo como contrapeso para la excesiva biologización de la psicología analítica.

En la teoría freudiana de los instintos hay una serie de pares antitéticos y en general domina la concepción de tendencias antitéticas en el aparato psíquico. Con la formulación de tendencias psíquicas que, si bien antitéticas, van sin embargo unidas, Freud dejó sentados por vez primera, aunque inconscientemente, los fundamentos para una futura psicología funcional. Originalmente, el instinto de autoconservación (hambre) tuvo como contraste al instinto sexual (eros). Más tarde, llegó a considerarse como contraparte de la sexualidad al instinto destructivo, el instinto de muerte. En un comienzo, la psicología analítica partió de la antítesis entre *yo* y *mundo exterior*; a ella correspondió la antítesis entre *libido yoica* y *libido objetal*. La oposición entre *sexualidad* y *angustia* no se concebía entonces como la antítesis básica del aparato psíquico; no obstante, desempeñaba un papel fundamental en la explicación de la angustia neurótica. Según el concepto original, cuando la libido es excluida de la motilidad y la conciencia, se convierte en angustia. Con posterioridad, y según creo en forma totalmente injustificada, Freud abandonó esta estrecha vinculación entre sexualidad y angustia.¹ Puede demostrarse que estas diversas antítesis no coexisten de manera casual; por el contrario, derivan unas de otras conforme a leyes definidas. Se trata de comprender cuál es la antítesis básica y qué influencias provocan el desarrollo de las oposiciones ulteriores.

* (1948): El descubrimiento de la energía orgónica organísmica obligará a una revaloración de nuestros conceptos de los "instintos"; éstos son funciones concretas de la *energía física*.

¹ Cf. Freud, "Hemmung, Symptom und Angst", *Ges. Schr.*, Bd. XI.

Todo análisis suficientemente profundo demuestra que la base de todas las reacciones no es la antítesis amor y odio, como tampoco la de eros e instinto de muerte, sino la oposición entre *yo* (“persona”; ello = placer del yo) y *mundo exterior*. De la unidad biofísica de la personalidad deriva en un comienzo un solo impulso: el de eliminar las tensiones internas, ya sea en la esfera del hambre, ya en la de la sexualidad. Ambas son imposibles sin un contacto con el mundo exterior. En consecuencia, el *primer* impulso de *todo* organismo vivo será establecer ese contacto con el mundo que le rodea. El psicoanálisis supone que el hambre y la necesidad libidinal son antitéticas y sin embargo están en un comienzo entrelazadas, pues es la estimulación libidinal de la zona oral, el placer de chupar, lo que induce a ingerir el alimento. Este concepto lleva a consecuencias sorprendentes si aplicamos las ideas del biólogo Hartmann relativas a la función de la tensión superficial en los órganos. Suponiendo correcta la teoría de Hartmann, confirmada en ciertos aspectos por los descubrimientos de Kraus y Zondek, la energía psíquica debe derivar de sencillas tensiones superficiales, fisiológicas y mecánicas, que se forman en los diversos tejidos, en particular en el sistema vegetativo y en el sistema sanguíneo y linfático. La alteración del equilibrio fisicoquímico producida por estas tensiones sería entonces el poder motor tras la acción y, en último análisis, también tras el pensar. Estas alteraciones del equilibrio osmótico de los tejidos orgánicos son de dos tipos: el primero es una contracción de los tejidos, debido a una pérdida de fluido tisural; el otro, una dilatación de los tejidos debido al aumento de líquido. En ambos casos hay displacer. En el primero sin embargo, la sensación de displacer corresponde a una disminución de la tensión superficial, la cual puede eliminarse sólo incorporando nuevas sustancias. En el segundo caso, en cambio, el displacer corresponde a una verdadera *tensión*; ésta puede eliminarse sólo mediante un *relajamiento*, es decir, una *eliminación* de sustancias. El segundo caso es el que brinda verdadero placer; en el primero, sólo se trata de eliminar el displacer.

En ambos casos hay un “instinto”; en el primero reconocemos hambre y sed; en el segundo, al prototipo de la descarga orgástica, característica de todas las tensiones sexuales. Un protozoario debe desplazar protoplasma desde el centro hacia la periferia, es decir aumentar la tensión en ésta, cuando quiere absorber alimento, o sea eliminar de su centro una presión negativa. En nuestro idioma, debe aproximarse al mundo exterior mediante la ayuda de un mecanismo libidinal a fin de eliminar su “presión negativa”, es decir, el hambre. Crecimiento, copulación y división celular, están determinados por la función libidinal de la tensión periférica con el consecuente relajamiento, en otras palabras, disminución de la tensión superficial. Es decir, la energía sexual está siempre al servicio de la gratificación de la necesidad hambre mientras, a la inversa, la absorción de alimentos introduce las sustancias que finalmente, por vía de un proceso fisicoquímico, conducen a las tensiones libidinales. La entrada de alimentos es la base de la existencia y de las funciones libidinales; éstas, a su vez, son la base de la realiza-

ción productiva, comenzando con la más primitiva, la locomoción. Estos hechos biofisiológicos se ven plenamente confirmados en la organización superior del aparato psíquico: el hambre no puede sublimarse, mientras la energía sexual es modificable y productiva. Esto se basa en que en el caso del hambre no hay producción de placer, sino sólo la eliminación de una condición negativa; en el caso de la necesidad sexual existe una descarga, es decir, la forma más sencilla de producción. Además, el relajamiento brinda un placer que —conforme a una ley todavía no del todo comprendida— hace al organismo repetir la acción; esta repetición es con toda probabilidad un aspecto esencial del problema de la memoria. El hambre es pues un indicio de que ha tenido lugar una *pérdida* de energía; la gratificación del hambre no produce una energía que se manifieste como realización (gasto de energía); se trata simplemente de compensar una falta. Por obscuro que parezca este hecho, la tesis psicoanalítica empírica de que la realización en el trabajo es un proceso de energía libidinal, que además las perturbaciones en la capacidad de trabajo se vinculan en forma muy estrecha con las perturbaciones en la economía libidinal, parece basarse en esta diferencia entre las dos necesidades biológicas básicas.

Pero volviendo a la oposición entre los impulsos, éstos no son originalmente parte de la unidad biopsíquica, sino que uno de los opuestos está representado por el mundo exterior. ¿Se opone esto a lo supuesto por Freud, a una oposición *interna* de los impulsos? Evidentemente, no. El problema está sólo en saber si la antítesis interna, el dualismo interno, es un hecho dado biológicamente, o bien si se desarrolla en forma secundaria, como resultado del conflicto con el mundo exterior; además, en saber si dentro de la personalidad el primer conflicto se plantea entre impulsos solamente, o algo más. Examinemos la ambivalencia.

En el sentido de reacciones de amor y de odio coexistentes, la “ambivalencia” no es un hecho condicionado biológicamente, sino socialmente. En la predisposición hay sólo la capacidad del aparato biopsíquico para reaccionar ante el mundo exterior en una forma que puede —mas no necesariamente— llegar a hacerse crónica y a la que denominamos ambivalencia. Sólo en una capa superficial este fenómeno significa una oscilación entre odio y amor. En un estrato más profundo, correspondiente a una etapa anterior del desarrollo, indicios de ambivalencia tales como la vacilación y la indecisión han de comprenderse como signos de un impulso libidinal en busca de expresión, pero que se ve una y otra vez inhibido por el temor al castigo. Muy a menudo, y en el carácter compulsivo siempre, el impulso amoroso es reemplazado por un odio que, en lo profundo, continúa esforzándose por la inalcanzable meta amorosa, y que también se ve inhibido por la angustia. Así pues, la ambivalencia significa tres cosas distintas, según su génesis y la profundidad en la cual se desempeñe:

1. “Te quiero, pero tengo miedo de ser castigado por ese cariño” (*Amor-temor*).
2. “Te odio porque no se me permite amarte, pero tengo miedo de expresar ese odio” (*Odio-temor*).

3. "No sé si te quiero o te odio" (*Amor-odio*).

Llegamos así al cuadro siguiente de la génesis de las contradicciones psíquicas:

Tenemos primero la antítesis yo-mundo exterior, que encontramos luego como antítesis *narcisismo-libido objetal*. Ésta constituye la base de la primera antítesis *dentro* de la persona, en forma de oposición entre la *libido* (movimiento hacia el mundo exterior) y la *angustia*, que representa la primera y básica escapatoria narcisista del displacer del mundo exterior, retrotrayéndose hacia el yo. La emisión y retracción de pseudopodios en el protozoario es mucho más que una mera analogía de la emisión y retracción de "libido". El displacer creado por el mundo exterior conduce a un retraimiento de la libido o escape angustiado hacia el interior (huída narcisista); la tensión displacentera creada por las necesidades sin gratificar, por otra parte, conduce a extenderse hacia el mundo exterior. Si éste no brindase sino placer y gratificación, no habría angustia. Sin embargo, como provoca displacer y peligro, el impulso de la libido objetal se complementa con su contraparte, la tendencia a la escapatoria narcisista. La expresión más primitiva de esta escapatoria es la angustia. La aproximación libidinal al mundo y la retirada narcisista del mismo son sólo la expresión de una función muy primitiva existente en todos los organismos vivos, sin excepción alguna. En el protozoario, está presente en forma de dos direcciones opuestas de corriente protoplasmática, una desde el centro hacia la periferia, la otra desde la periferia hacia el centro.² La palidez del estado de terror, el temblor en el estado de angustia, corresponden a la huída de las catexis desde la periferia del cuerpo hacia su centro, originada por la contracción de los vasos periféricos y la dilatación de los vasos centrales (angustia estática). La turgencia, el color y el calor de los tejidos periféricos de la piel en la excitación sexual, constituyen el estado exactamente opuesto a la angustia y corresponden, tanto psíquica como fisiológicamente, a un movimiento de la energía desde el centro hacia la periferia del cuerpo y, con ello, hacia el mundo. La erección del pene y la humedad de la vagina no son sino la expresión de esta dirección de la energía en un estado de excitación sexual; la contracción del pene y la sequedad de la vagina no son sino la expresión de la dirección opuesta de las catexis y de los flúidos corporales, desde la periferia hacia el centro.

La primera antítesis entre *excitación sexual* y *angustia* es sólo el reflejo intrapsíquico de la antítesis básica entre el individuo y el mundo exterior, que luego se convierte en la realidad psíquica del conflicto interno "deseo - tengo miedo". La angustia, pues, es siempre la primera expresión de una tensión interna, independientemente de si es originada por una frustración de la gratificación desde el exterior, o por una huída de las catexis energéticas hacia el centro del organismo. En el primer

² Según Weber, las sensaciones de displacer van unidas a un movimiento centrípeto de los flúidos corporales; las sensaciones de placer, a un movimiento centrífugo de los mismos flúidos. Cf. también Kraus, Fr., *Syzygiologie. Allgemeine und spezielle Pathologie der Person*, 1926.

caso, estamos frente a la angustia estásica (“angustia actual”); en el segundo, frente a la “angustia real”, la cual también conduce a la estasis y, con ella, a la angustia. Es decir, ambas formas de angustia (angustia estásica y angustia real) se apoyan en el mismo fenómeno básico: una estasis central de la energía. La diferencia estriba en que la angustia estásica es la expresión inmediata de la estasis, mientras en un comienzo la angustia real significa sólo la seguridad de un peligro; se convierte en angustia afectiva en forma secundaria, cuando la huida de las catexis hacia el centro produce una estasis en el aparato vegetativo central. La reacción original de escapatoria, de “arrastrarse de vuelta hacia dentro de uno mismo”, toma luego la forma de una huida filogenéticamente más joven, que consiste en aumentar la distancia que separa de la fuente de peligro; ésta depende del desarrollo de un sistema locomotor (huida muscular).

Además de escapar hacia el centro del propio cuerpo y de la huida muscular, existe, en un plano superior de organización biológica, otra reacción significativa: la eliminación de la fuente de peligro. Esto no puede tomar otra forma que la de un *impulso destructor*.³ Su base es evitar la estasis o la angustia que se desarrolla con la huida narcisista; se trata, fundamentalmente, de un modo especial de evitar o eliminar la tensión. En este nivel del desarrollo, el impulso hacia el mundo puede ser de dos tipos: ya sea dirigido hacia la satisfacción de una necesidad (libido), ya hacia evitar un estado de angustia mediante la eliminación de la fuente de peligro (destrucción). Sobre la base de la primera antítesis entre libido y angustia, surge otra, entre libido (“amor”) y destrucción (“odio”). Toda frustración de una gratificación instintiva puede poner en juego ya sea la primera contraparte de la libido (angustia), ya —a fin de evitar la angustia— el impulso genéticamente más joven, el impulso destructivo. Existen dos formas caracterológicas correspondientes a estos dos modos de reacción: el carácter histérico huye del peligro, el carácter compulsivo quiere destruir la fuente del mismo. El carácter masoquista carece de libido genital de objeto, así como del impulso destructivo directo necesario para eliminar la fuente de peligro. Por este motivo, debe tratar de aliviar sus tensiones internas mediante un acercamiento indirecto, mediante una disimulada exigencia de cariño, de algún tipo de alivio a la tensión libidinal. Se comprende fácilmente que estos intentos están siempre condenados al fracaso.

La función del segundo par de impulsos antitéticos —libido y destrucción— sufre una nueva modificación como resultado de que el mundo exterior no sólo niega la gratificación libidinal, sino también la gratifi-

3 Podríamos ver una tendencia destructiva en los procesos de gratificación del hambre, en la destrucción y la incorporación del alimento. En ese caso, el impulso destructivo sería una tendencia biológica *primaria*. Sin embargo, debe distinguirse entre la destrucción por la destrucción misma, y la destrucción a fin de acallar el hambre. Sólo la primera puede ser considerada como impulso instintivo como tal, mientras la segunda constituye un medio para lograr un fin. En el primer caso, la destrucción es deseada *subjetivamente*; en el segundo, se trata sólo de un hecho objetivo. El motivo subyacente en la acción es el hambre, no la destrucción.

cación del impulso destructivo. Como resultado de la amenaza de castigo, todo impulso destructivo se carga de angustia, lo que vuelve a aumentar la tendencia a la fuga narcisista. Se desarrolla una cuarta antítesis, esta vez entre *destrucción* y *angustia*. Aunque esto sucede totalmente en la superficie de la personalidad, la psicología individual de Adler nunca ha ido más allá. El proceso de la formación de nuevos impulsos antitéticos, tal como resultan de los conflictos entre impulsos previos y el mundo exterior, continúa. Por una parte, toda frustración de un impulso libidinal provoca impulsos destructivos; éstos pueden convertirse fácilmente en sadismo, el cual combina en sí tanto el impulso destructivo como el libidinal. Por otra parte, los impulsos destructivos son fortalecidos por la gran tendencia a la angustia y los intentos de aliviar de manera destructiva las tensiones creadoras de angustia. Sin embargo, dado que cada uno de estos impulsos recientemente desarrollados provoca la actitud punitiva del mundo exterior, se desarrolla un círculo vicioso, comenzando con la primera frustración de un impulso libidinal y su consiguiente creación de angustia. La inhibición de los impulsos destructivos por parte del mundo exterior y sus amenazas, no sólo aumenta la angustia y hace más difícil que antes la descarga de libido; crea además una nueva antítesis. Los impulsos destructivos hacia el mundo se vuelven en mayor o menor grado contra la propia persona, agregando así las contrapartes de *autodestrucción* al impulso destructivo, y de *masoquismo* al sadismo.

A este respecto, el sentimiento de culpa es una producción tardía, resultado de un conflicto entre el amor y el odio hacia la misma persona. En sentido dinámico, corresponde a la intensidad de la agresión inhibida, que es igual a la intensidad de la angustia inhibidora.

Esta manera de hacer derivar de la experiencia clínica un cuadro total de los procesos psíquicos, demuestra lo siguiente: 1. El masoquismo es un producto muy tardío del desarrollo. Rara vez se lo encuentra antes del tercero o cuarto año de vida; basta esta razón para que no pueda ser expresión de un impulso biológico primario. 2. Todos aquellos fenómenos de los cuales cabría deducir la existencia de un instinto de muerte, resultan indicios y resultados de una escapatoria *narcisista* (no muscular) ante el mundo: los impulsos de dañarse a uno mismo son resultado de la destrucción vuelta hacia la propia persona. La decadencia física como resultado de procesos neuróticos crónicos, se debe a la perturbación crónica de la economía sexual, al efecto crónico de tensiones internas, sin mitigar que, como sabemos, tienen base fisiológica; es resultado del sufrimiento psíquico crónico que tiene una base objetiva, pero que no se desea subjetivamente. El anhelo consciente de muerte, de no existencia ("Nirvana") aparece sólo en condiciones de frustración y desamparo genitales; no es sino la expresión última de la resignación, un escapar a la realidad que se ha vuelto exclusivamente desagradable, un refugio en la nada. Debido a la primacía de la libido, esta nada se concibe en términos de *otro tipo de gratificación libidinal*, tal como estar en el útero materno, o ser atendido y protegido por la madre. Toda

retracción de libido ante el mundo exterior y su refugio en el yo, es decir, todo fenómeno de regresión narcisista, se trajeron a colación como prueba de la existencia de un instinto de muerte. En realidad, no son sino reacciones a las frustraciones reales de la gratificación del hambre o las necesidades libidinales, por obra del mundo exterior. Si esta reacción se desarrolla plenamente, aun en ausencia de la frustración real por parte del mundo exterior, el análisis demuestra que fueron las *tempranas frustraciones infantiles* de la libido las que necesitaron huir del mundo hacia el yo y crearon una estructura psíquica que, con posterioridad, incapacitó a la persona para usar las posibilidades de placer que el mundo puede presentarle. La melancolía, tantas veces citada como prueba de la existencia de un instinto de muerte, revela precisamente que los impulsos suicidas son de índole secundaria. Constituyen una superestructura construida en primer lugar sobre una oralidad frustrada y, como resultado de una función genital completamente inhibida, convertida en punto de fijación; en segundo lugar, sobre un impulso destructivo que, inhibido y vuelto hacia la misma persona, no puede hallar otra forma de expresión que la autodestrucción. Si una persona se destruye a sí misma, pues, no lo hace por obedecer a un impulso biológico, no lo hace porque "quiere hacerlo", sino porque la realidad ha creado tensiones internas intolerables, las cuales sólo pueden mitigarse mediante la autodestrucción. Así como el mundo exterior se convirtió en una realidad externa insoportable, en la misma forma el aparato instintivo se convirtió en una realidad interna insoportable. Sin embargo, como el poder motor último de la vida es la tensión con la posibilidad de relajamiento, es decir, de placer, un organismo privado de estas posibilidades tanto interna como externamente, deseará dejar de vivir. La autodestrucción resulta la última y única posibilidad de relajamiento. Así, podemos decir que incluso en la voluntad de morir se expresa también el principio del placer-displacer.

Todo otro concepto pasa por alto descubrimientos clínicos básicos, evita el problema de la estructura real de nuestro mundo, que conduce necesariamente a una crítica de nuestro orden social, y renuncia a las mejores oportunidades de ayuda terapéutica. Esta puede consistir sólo en ayudar al paciente, de manera analítica, a superar su temor a los castigos provenientes del mundo exterior, y a mitigar su tensión en la única forma sana desde el punto de vista biológico y de economía sexual, la gratificación orgástica.

Los descubrimientos clínicos sobre el masoquismo hacen superfluo el supuesto de una necesidad primaria de castigo. Si no se aplica al masoquismo, difícilmente se la pueda encontrar en cualquier otra forma de enfermedad. El sufrimiento es real, objetivo, y no deseado subjetivamente; la autodegradación es un mecanismo de protección contra la castración genital; los actos que producen daño a uno mismo son una anticipación más benigna, como protección contra el castigo realmente temido; las fantasías de ser azotado son las únicas posibilidades de lograr el relajamiento sin sentimientos de culpa. La fórmula genética original de las neurosis sigue siendo correcta: la neurosis surge de un conflicto entre el

impulso sexual y el temor al castigo real a manos de una sociedad autoritaria. La adhesión a esta fórmula conduce a conclusiones distintas a la adhesión a un instinto de muerte. Si el sufrimiento es provocado por la sociedad, debemos preguntarnos por qué sucede así, cuál es el interés de la sociedad en infligir ese sufrimiento. Según la fórmula de Freud, la frustración proviene del mundo exterior. Este sencillo hecho se ha visto oscurecido en grado considerable por la hipótesis del instinto de muerte. Esto se revela, por ejemplo, en la siguiente formulación de Benedek: "Si aceptamos la teoría dualista de los instintos sólo en el sentido de la antigua teoría de los instintos, nos encontramos ante un abismo. Queda entonces sin responder la cuestión de por qué se han desarrollado en el organismo humano mecanismos que constituyen una antítesis de la sexualidad". Así pues, la hipótesis del instinto de muerte nos hace olvidar por completo que los "mecanismos interiores" antitéticos de la sexualidad son inhibiciones morales, representativas de las prohibiciones impuestas por el mundo exterior, por la sociedad. Se supone pues que el instinto de muerte explica biológicamente hechos que, si uno adhiere a la antigua teoría, derivan de la estructura de la sociedad actual. Queda por demostrarse que los "impulsos destructivos indomados" a los que se atribuye el sufrimiento humano, no son de índole biológica, sino socialmente condicionados; que es la inhibición de la sexualidad por parte de la educación autoritaria lo que hace de la agresión un poder superior a todo dominio, pues la energía sexual inhibida se convierte en energía destructiva. Por último, aquellos aspectos de nuestra vida cultural que parecen autodestrucción, no son la manifestación de "impulsos a la autodestrucción", sino la expresión de intenciones destructivas muy reales por parte de una sociedad autoritaria interesada en suprimir la sexualidad.

TERCERA PARTE

DEL PSICOANALISIS A LA BIOFISICA ORGONICA

CAPÍTULO XIV

CONTACTO PSIQUICO Y CORRIENTE VEGETATIVA

PREFACIO

Esta monografía amplía un trabajo leído ante el 13º Congreso Internacional de Psicoanálisis, reunido en Lucerna en agosto de 1934. Continúa la discusión de los problemas carácter-analíticos esbozados en mi libro *Charakteranalyse*, publicado en 1933. Se ocupa esencialmente de dos problemas no tratados en esa obra: *la falta de contacto psíquico* y los mecanismos del *contacto substitutivo* por una parte, y la *unidad antitética de las manifestaciones vegetativas y psíquicas de la vida afectiva*, por la otra. En lo que a este último problema se refiere, significa una continuación de mis artículos “Der Urgegensatzes des vegetativen Lebens” y “Die vegetative Urform des Libido-Angst-Gegensatzes” (*Zeitschr. f. polit. Psychol. u. Sexualökonomie*, 1934).

Esta monografía vuelve a presentar sólo un pequeño progreso, aunque clínicamente bien sustanciado, en los oscuros problemas de las relaciones entre psique y soma. La aplicación de la técnica del análisis del carácter permitirá a cualquiera controlar estos descubrimientos, una vez superadas las dificultades técnicas iniciales.

Se ha evitado de propósito discutir la literatura relativa al problema de la “totalidad” y unidad de las funciones psíquicas y somáticas. La economía sexual encara este problema partiendo de una manifestación por lo general pasada por alto, el *orgasmo*, y aplica el método del funcionalismo. Toda discusión crítica de la literatura sería por lo tanto prematura. Presupondría cierto perfeccionamiento de mis propios conceptos, así como también un punto de vista definido sobre el problema del orgasmo por parte de los demás autores. Ambas cosas faltan todavía.

La refutación clínica de la teoría de Freud sobre el instinto de muerte ha conservado su validez. Análisis más profundos del llamado impulso hacia el Nirvana han confirmado mi opinión de que esta teoría intentó dar de ciertos hechos una explicación que aún no puede darse y que, además, el intento fué mal dirigido.

Quizá este ensayo, mejor que los anteriores, suministre a los psicoanalistas una orientación funcional y a los jóvenes especialistas en economía sexual y en análisis del carácter, cierta claridad teórica y alguna ayuda práctica para aplicar la técnica carácter-analítica. El descubrimiento de la falta de contacto y del temor al mismo ha dado nuevo ímpetu al concepto y a la técnica del análisis del carácter. Quizá muy

pronto esta exposición resulte incompleta o parcialmente incorrecta. Esto sólo demostraría que la única manera de mantenerse al día en el desarrollo de un nuevo concepto es la práctica viva. Quienes se esfuerzan seriamente por aprender la técnica del análisis del carácter, no hallarán dificultad alguna en reconocer y utilizar prácticamente las vinculaciones entre el contacto psíquico y la excitabilidad vegetativa, presentadas aquí por vez primera. Estas vinculaciones ayudarán no sólo a sacar nuestro trabajo psicoterapéutico de la atmósfera mística que le rodea hoy en la psicoterapia, sino también a posibilitar resultados hasta ahora inalcanzables. Al mismo tiempo, debo advertir contra un entusiasmo terapéutico excesivo. Ya no puede abrigarse duda alguna sobre la superioridad del análisis del carácter. Por otra parte, las etapas terminales de la terapia caráctero-analítica, en particular la reactivación de la angustia del contacto orgástico y la eliminación de tal angustia, no se han estudiado todavía en forma suficiente. Asimismo, la teoría del orgasmo se interpreta a menudo erróneamente, aun entre sus amigos. El malentendido más frecuente se debe a la ignorancia de la involuntariedad y falta de inhibiciones de la entrega orgástica, lo que a menudo se confunde con la excitación preorgástica. Debe decirse que la terminación exitosa de un análisis del carácter, sin existir claridad en cuanto al problema del orgasmo, puede deberse sólo al azar.

Con la lectura del trabajo que constituye la base de este ensayo, lectura realizada en el último Congreso de Psicoanálisis, tocó a su fin mi vinculación con la Asociación Psicoanalítica Internacional. La mesa directiva de la Asociación ya no quiso identificarse con mis conceptos. *Febrero de 1935.*

W. R.

1. EL PUNTO DE PARTIDA: CONFLICTO ENTRE INSTINTO Y MUNDO EXTERIOR

Deberé recordar en primer lugar las opiniones psicoanalíticas *más antiguas*, que constituyen el punto de partida de mi propia labor. Sin conocer este punto de partida, es imposible comprender los resultados de la investigación caráctero-analítica.

Los conceptos psicoanalíticos más tempranos derivaron del conflicto entre *instinto* y *mundo exterior*. El completo ofuscamiento de este concepto básico por la influencia de las teorías actuales, no modifica el hecho de que se trata de un concepto correcto, de que resulta inequívocamente tangible a cualquier clínico en todos los casos, y de que constituye la formulación más fructífera de toda la psicología analítica. A la luz de este concepto, el proceso psíquico es resultado de un conflicto entre la demanda instintiva y la frustración proveniente del exterior; a partir de este conflicto se desarrolla, sólo en forma secundaria, un conflicto interior entre el deseo y la autonegación. Esta autonegación es el núcleo de lo denominado "moralidad interna". Es importante tener presente qué conceptos teóricos básicos derivan de esta fórmula relativa al conflicto psíquico. Si inquirimos el origen de la frustración de los instintos, traspasamos los confines de la psicología, entramos en

el campo de la sociología y afrontamos problemas básicamente distintos a los de la psicología. Ya no puede responderse en términos psicológicos a la pregunta de por qué la sociedad exige la supresión de los instintos. Son intereses *sociales*, o más estrictamente económicos, los que originan este fenómeno.¹ La psicología política —a pesar del reproche de mis adversarios, de que yo mezclo la política con la ciencia— comienza precisamente con esta cuestión estrictamente científica.

Cuando un adolescente aprende que la supresión de sus impulsos sexuales naturales no se debe a factores biológicos, pongamos por caso a un instinto de muerte, sino más bien a intereses definidos de la sociedad actual; que además padres y maestros son sólo inconscientes órganos ejecutivos de ese poder social; cuando llega a este conocimiento, no lo considerará como una mera tesis de alto interés científico, sino que comenzará a comprender su miseria, negará el origen divino de la misma y comenzará a rebelarse contra los padres y contra los poderes por ellos representados. Quizá por primera vez, comenzará a utilizar sus facultades críticas y a reflexionar sobre las cosas. Esta es una de las muchas consecuencias que entraña lo que yo he denominado *política sexual*.

Es la práctica social —vale decir, política— que resulta de la comprensión del origen *social* de la represión sexual. En el 13º Congreso, Bernfeld expresó la opinión de que la relación sexual adolescente se debía a pobres condiciones educativas. Tal concepto servirá para confirmar los sentimientos neuróticos de culpa del adolescente; además, sólo confundirá el problema de la pubertad e impedirá toda ayuda positiva que la economía sexual podría prestar a los adolescentes. La cuestión de la pubertad pertenece por completo al sistema de referencia de las vinculaciones entre excitación vegetativa y comportamiento psíquico, a pesar de todo el desconocimiento “científico objetivo” del hecho de que el desarrollo adolescente está crucialmente determinado por la inhibición social de la vida sexual adolescente. Pues el que una regulación económica de las energías vegetativas sea o no posible, depende de la estructura que la sociedad forma en el adolescente.

Tal como sabemos, el yo debe mediar entre las influencias sociales que después se internalizan en forma de moral o inhibición interior de los instintos, por una parte y las necesidades biológicas por la otra. Si continuamos el estudio de las manifestaciones psíquicas de las necesidades biológicas, los fenómenos del ello, llegamos a problemas de fisiología y biología que ya no resultan accesibles a nuestro método psicológico de investigación, tal como no lo son los problemas sociológicos. Me veo obligado a reconocer las limitaciones del método psicológico; mis adversarios, por su parte, psicologizan por igual la sociología y la biología. Después de esto, quizá sorprenda al lector que mi tema sea precisamente la investigación del desarrollo de las excitaciones vegetativas a partir del carácter, es decir, a partir de formaciones psíquicas. Quizá se pregunte si no estoy violando mi propio principio. Dejaremos para más adelante la respuesta a esta pregunta.

¹ Cf. mi libro *Der Einbruch der Sexualmoral*.

2. ALGUNAS PREMISAS TÉCNICAS

No pueden comprenderse las vinculaciones entre el aparato psíquico y la excitación vegetativa mientras no nos liberemos, antes de nada, de una fuente de error inherente a nuestros métodos teóricos. En nuestro trabajo, teoría y práctica son inseparables. *Una posición teórica errónea debe crear una técnica incorrecta, y una técnica incorrecta debe conducir a erróneos conceptos teóricos.* Si buscamos las fuentes de las cuales surgió la teoría del instinto de muerte, encontramos, además de razones sociales —que he discutido en otro lugar— principalmente razones técnicas. Muchos participantes del Seminario de Viena sobre Terapia Psicoanalítica, recordarán cuán difícil era el dominio teórico y práctico del problema de la *transferencia negativa latente*.

Si bien Freud había dado expresión teórica a la transferencia negativa ya mucho tiempo atrás, no aprendimos a comprenderla en forma práctica hasta el período que va de 1923 a 1930. La base clínica sobre la cual construyera Freud su teoría del instinto de muerte fué la llamada “reacción terapéutica negativa”. Esta expresión significa que numerosos pacientes no reaccionan a nuestro trabajo de interpretación con una mejora sino, por el contrario, intensificando sus reacciones neuróticas. Freud supuso entonces que esto era resultado de un sentimiento inconsciente de culpa o, como llegó a denominársele, de una “necesidad de castigo” que obliga al paciente a resistir el trabajo analítico y a conservar su sufrimiento neurótico. Confieso que, en los primeros años siguientes a la publicación de *Das Ich und das Es*, compartí esa opinión y sólo en forma gradual comencé a dudar de lo correcto de tal formulación. El secreto de la reacción terapéutica negativa se puso de manifiesto gradualmente en los informes técnicos del Seminario. Estos informes mostraron que las tendencias negativas correspondientes al odio reprimido de los pacientes, no habían sido analizadas, y cuando se las había analizado, era en forma insuficiente; que el analista trabajaba casi exclusivamente con manifestaciones positivas de la transferencia; que ni siquiera los analistas de mayor experiencia constituían una excepción; y, lo cual es aún más importante, que las manifestaciones de odio latente, disimulado y reprimido, se tomaban por lo general, equivocadamente, como indicios de transferencia positiva. No llegué a una formulación correcta de este hecho hasta poco antes de la reunión de psicoanalistas escandinavos, realizada en Oslo en 1934. Nuestra labor analítica pone en libertad energías psíquicas que pugnan por descargarse. Si analizamos las transferencias predominantemente, exclusivamente o desde el primer momento como transferencias *positivas*, sin antes poner al descubierto, en toda su plenitud, las tendencias negativas, sucederá lo siguiente: las demandas amorosas liberadas insistirán en su gratificación y encontrarán frustración en el análisis, y lo mismo sucederá con las inhibiciones internas formadas por los reprimidos impulsos de odio hacia el objeto amado. En resumen, uno puede creer haber “liberado” impulsos de amor, pero encuentra que el paciente sigue siendo incapaz de amar.

El amor frustrado se convierte en odio. Los impulsos inconscientes de odio obran como un imán sobre este odio producido en forma artificial; ambos se combinan; este odio secundario también se torna inconsciente y, como no tiene descarga, *se convierte en impulsos de auto-destrucción*. Así pues, la necesidad de castigo que encontramos en nuestros pacientes no es la causa sino un *resultado* del conflicto neurótico; *la reacción terapéutica negativa era resultado de la falta de una técnica adecuada para tratar la transferencia negativa latente*. Esto queda demostrado por la ausencia de reacción terapéutica negativa si seguimos las dos reglas siguientes: primero, extraer y hacer cristalizar la secreta actitud negativa del paciente, y hacerla consciente; asegurar la descarga para toda la agresión liberada; no tratar tendencia masoquista alguna como expresión de un instinto primario de autodestrucción sino como una agresión enmascarada dirigida contra objetos del mundo exterior. La segunda regla aconseja dejar de lado las manifestaciones positivas de amor mientras no se convierten en odio, es decir, en reacciones de decepción, o bien hasta que por último se concentren en ideas de incesto genital. Debe mencionarse aquí una objeción planteada por Freud cuando yo presenté mis primeros conceptos sobre la técnica del análisis del carácter, y que desde entonces han repetido una y otra vez la mayoría de mis colegas; no debemos hacer selección alguna, debemos analizar todo el material en el orden en que se presenta. La respuesta figura en mi libro *Charakteranalyse* y no es necesario repetirla aquí. La objeción conduce, sin embargo, a una aclaración fundamental de la teoría fundamental de la técnica carácter-analítica. La resumiré aquí brevemente.

La tarea de nuestra técnica es hacer consciente lo inconsciente. Esto se denomina trabajo de interpretación y está determinado por el punto de vista *tópico*. En este trabajo de interpretación, debemos tener en cuenta que las resistencias se intercalan entre el material psíquico inconsciente y nuestras interpretaciones; debemos eliminar estas resistencias para que la interpretación tenga algún efecto terapéutico. Este es el punto de vista *dinámico* del proceso psíquico. Las experiencias recogidas en los análisis de control y en el seminario técnico ponen en claro que, si bien los analistas conocen teóricamente ambos puntos de vista, por lo general trabajan con exclusividad conforme al primero. El concepto de Stekel y de Rank sobre la técnica analítica expresa en su forma más pura lo que antecede. Debemos admitir, sin embargo, que en el pasado todos nosotros hemos dejado más o menos de lado el punto de vista dinámico en nuestro trabajo práctico, simplemente porque no sabíamos cómo manejarlo.

El análisis del carácter agrega al tópico y al dinámico, el punto de vista *estructural y económico*. Para mí al menos, este incluir en el trabajo práctico la totalidad de nuestros conceptos del proceso psíquico, ha tenido en la práctica consecuencias de alcance aún mayor que el anterior pasaje de la interpretación directa de contenidos inconscientes, a la técnica de las resistencias. Si incluimos los puntos de vista estructural y económico, resulta insostenible la idea de que debemos analizar todo aquello que aparezca en la superficie.

El material presentado aún en una sola sección, es múltiple; proviene de diferentes niveles psíquicos y de distintas etapas del desarrollo. Las consideraciones económico-sexuales nos obligan a atenernos a un camino estrictamente prescrito, el cual comienza con la disolución de actitudes pregenitales y negativas, y finaliza concentrando en el aparato genital toda la energía psíquica liberada. El establecimiento de la potencia orgástica es el objetivo más importante de la terapia. También factores económicos determinan el hecho de que se encuentren afectos reprimidos en la mayor parte de las diversas formas de comportamiento; debe hacérselos cristalizar mediante el análisis consecuente de la conducta y volver a relacionarlos con las ideas infantiles.

El análisis del carácter trabaja pues conforme a un plan definido, determinado por la estructura del caso individual. Pese a la infinita variedad de contenidos, conflictos y estructura, los análisis del carácter bien realizados presentan las siguientes fases típicas:

- a) Debilitamiento de la coraza por medio del análisis del carácter;
- b) Rotura de la coraza caracterológica, es decir, destrucción definitiva del equilibrio neurótico;
- c) Irrupción de material profundamente reprimido y marcadamente cargado de afecto, con reactivación de la histeria infantil;
- d) Elaboración sin resistencia del material liberado; extracción de la libido de sus fijaciones pregenitales, y cristalización de la misma;
- e) Reactivación de la angustia genital infantil (neurosis estática) y de la genitalidad;
- f) Aparición de la angustia de orgasmo y establecimiento de la potencia orgástica, requisito previo del funcionamiento cabal.

Aunque en la actualidad el establecimiento de la genitalidad ya parece cosa natural y aceptada por numerosos analistas, todavía se desconoce y no se acepta la potencia orgástica. Hasta 1923, los únicos objetivos aceptados de la terapia eran la "condenación de los instintos" y la sublimación. La impotencia y la frigidez no se consideraban como síntomas específicos de la neurosis, sino como un síntoma entre muchos otros, síntoma que podía o no estar presente. Se conocía, es cierto, la existencia de un orgasmo, pero se sostenía que había una serie de neurosis severas con "orgasmo absolutamente libre de perturbaciones". Se consideraban las neurosis como expresión de una perturbación sexual en general, mientras los descubrimientos de la economía sexual revelan en cambio, la imposibilidad de las neurosis sin un trastorno de la genitalidad, y la imposibilidad de curarlas sin eliminar ese trastorno. Freud, Sachs, Nunberg, Deutsch, Alexander y la mayoría de los demás analistas se negaron a aceptar mi concepto de la significación psicoeconómica y terapéutica de la genitalidad. La *Introducción al psicoanálisis* de Freud, que fué publicada sólo en 1933, ni siquiera menciona el problema del órgano genital; tampoco aparece en *Neurosenlehre*, de Nunberg. Así quedó sin respuesta el interrogante relativo a la fuente de energía de la neurosis. Incluir la función del orgasmo en la teoría de las neurosis se consideró siempre como algo inconveniente, y se lo resistió. Es cierto, su estudio no se originaba en el psicoanálisis sino

en la fisiología.¹ Los intentos de Ferenczi por establecer una teoría de la genitalidad, sólo consistieron en psicologizar fenómenos fisiológicos y biológicos. El orgasmo no es un fenómeno psíquico. Por el contrario, es un fenómeno que se produce sólo por la reducción de toda la actividad psíquica a la función vegetativa básica, es decir, precisamente por la eliminación de la actividad psíquica. No obstante ello, es el problema crucial de la economía psíquica. Incluirlo en la psicología no sólo permitió una comprensión concreta del factor cuantitativo en el funcionamiento psíquico y el establecimiento de la vinculación entre el funcionamiento psíquico y el vegetativo; más aún, condujo necesariamente a importantes cambios en el concepto psicoanalítico del proceso neurótico. Con anterioridad, el hecho de que el hombre moderno tenga un complejo de Edipo se consideraba explicación suficiente de su enfermedad neurótica. Hoy en día esta tesis, aunque no abandonada, posee una importancia sólo relativa: el conflicto hijo-padres adquiere caracteres patógenos sólo como resultado de una economía sexual perturbada en el niño; en esta forma, condiciona la posterior incapacidad de regular la economía libidinal y extrae su energía precisamente de lo que contribuyó a esa condición, a saber, de la estasis de la energía sexual genital.² Comprendido esto, el acento se desplazó desde el contenido experimental hacia la economía de la energía vegetativa.

Perdió importancia el hecho de obtener poco o mucho material en el comienzo del análisis, de llegar a conocer mucho o poco del pasado del paciente. El problema decisivo era obtener, en forma correcta, aquellas experiencias que representaban *concentraciones de energía vegetativa*.

Muchos analistas que han entrado en contacto con la economía sexual, no han apreciado el desarrollo de esta divergencia en cuanto al concepto de la neurosis y en consecuencia no captan la significación *central del problema del orgasmo*. Si tomamos en consideración que sólo con la técnica carácter-analítica es posible penetrar hasta los fenómenos fisiológicos de la perturbación orgástica y sus representaciones psíquicas, y además que algunos refutan esta técnica y otros no la dominan, podemos comprender fácilmente por qué los analistas se sorprenden ante el hecho de que los masoquistas se caractericen en esencia por un tipo específico de temor a la sensación orgástica. Quien no ha tenido la experiencia de un análisis del carácter no puede criticar sus descubrimientos, sencillamente porque carece del órgano sensorial para poder hacerlo. A lo sumo, lo comprenderá en forma intelectual, pero el núcleo de la teoría del orgasmo le seguirá resultando incomprensible. He tenido ocasión de analizar a analistas experimentados, que acudían a mí con bastante escepticismo o con la convicción de "saberlo ya todo, de todas maneras". En todas las ocasiones, hubieron de convencerse por sí mismos de que no podían haber conocido antes lo que ahora experi-

1 Cf. Reich, "Zur Triebenergetik", *Zeitschr. f. Sexualwissenschaft*, 1923.

2 Cf. mi presentación de las relaciones mutuas entre psiconeurosis y neurosis real, en *Die Funktion des Orgasmus*, 1927.

mentaban en el análisis del carácter, simplemente porque podía ser traído a la superficie sólo mediante una técnica específica; esto se aplica en especial a las sensaciones orgásticas auténticas, que hacen su aparición por primera vez con las contracciones involuntarias de la musculatura genital.

Me limitaré a este breve resumen. La inclusión de la estructura y la economía libidinal en el trabajo analítico, ha modificado y complicado en medida considerable no sólo todo el cuadro y la manera de trabajar, sino también los conceptos básicos de la técnica. Los problemas técnicos son más complejos, pero esto se compensa con una mayor seguridad y resultados mejores y más duraderos toda vez que se logra el éxito en el desenvolvimiento del caso mediante el análisis del carácter. Debe admitirse que hasta ahora el éxito no se logra en todos los casos.

Como resultado de los cambios en la técnica y en muchos conceptos básicos de la dinámica del funcionamiento psíquico, los analistas que no han seguido de cerca el desarrollo de los últimos doce años, ya no comprenden mis conceptos técnicos y teóricos. El abismo, lo temo, se ha hecho difícil de salvar, aun cuando se asevere compartir mis ideas.

A este respecto, deseo poner en claro un malentendido que se repite toda vez que expongo mis conceptos. En estas ocasiones, los analistas se dividen en dos grupos. Uno sostiene que todas estas cosas eran ya conocidas, que son banales y nada nuevas, mientras el otro grupo declara que mi técnica ya en nada se relaciona con el psicoanálisis, que es errónea y engañosa. ¿Cómo es posible tal discrepancia? No es difícil comprenderlo si consideramos la manera en que se desarrollaron mis descubrimientos científicos. Mi técnica caráctero-analítica surgió de la técnica freudiana de las resistencias; más aún, representa su continuación más consecuente. Por este motivo, debe concordar básicamente con la técnica de Freud. Debido a esto, el primer grupo cree usar exactamente la misma técnica que uso yo. Sobre la base de un gran número de análisis, puedo asegurar al lector que nada dista más de la verdad. Impone esta afirmación mi responsabilidad ante el trabajo. Por otra parte, no hay sólo acuerdo, sino también diferencias fundamentales y de largo alcance. La inclusión de nuevos puntos de vista, en particular el de la potencia orgástica como objetivo terapéutico, ha modificado la técnica en tal medida que el segundo grupo ya no reconoce en ella a la técnica analítica. Esta explicación es inequívoca y está de acuerdo con la historia de todas las ciencias: los conceptos, descubrimientos y métodos nuevos no se desarrollan surgiendo de la nada; se basan siempre en el fundamento firme del trabajo empeñoso por parte de otros investigadores.

3. EL CAMBIO DE FUNCIÓN DEL IMPULSO

Se mostrará que las conclusiones teóricas a las cuales he llegado son posibles y demostrables sólo mediante el uso de la técnica del análisis del carácter, y no mediante la sencilla técnica de las resistencias, o siquiera la obsoleta técnica de la interpretación directa. Constituye un principio básico de la técnica caráctero-analítica encarar siempre el ma-

terial reprimido mediante el análisis de la defensa contra ese material, y nunca por el análisis directo del instinto.

Mis críticos interpretaron erróneamente este principio, llegando a la conclusión de que para mí carácter y defensa son cosas idénticas y que, en consecuencia, yo restringía sin justificación alguna el significado del carácter. Si así fuera, debería corregir mis enunciados. Sin embargo, lo que he dicho en realidad es que *durante el análisis, el principal rasgo de carácter se convierte en la principal resistencia, tal como en la infancia fué formado con tal finalidad*. Que además de ello tiene muchas otras funciones, en especial relacionadas con la economía sexual, que sirve al mantenimiento de las relaciones con el mundo exterior tanto como al mantenimiento del equilibrio psíquico; todo ello fué ampliamente descrito en mi libro *Charakteranalyse*. La crítica no parece pues tener una motivación objetiva.

El problema teórico más importante a este respecto, es entonces el que se refiere a la estructura, función y génesis del yo del cual surge la defensa; pues nuestro trabajo terapéutico será eficiente en la medida en que comprendamos esa defensa del yo. Si nuestras capacidades terapéuticas han de ampliarse, ya no lo lograrán mediante una mejor comprensión del ello, sino del yo.¹ Aquí, el problema del análisis del carác-

¹ *Nota de 1945:* Esta formulación era unilateral y por lo tanto incorrecta. La investigación de la coraza yoica fué sólo el primer paso indispensable. Sólo después de alcanzarse la comprensión teórica y práctica de la coraza, quedó abierto el camino hacia el vasto dominio de la energía biológica, camino que desembocó por último en el descubrimiento de la energía organísmica y de la energía orgónica cósmica. Lo que la teoría psicoanalítica denomina "ello" es en realidad la función física orgónica en el biosistema. El término "ello" expresa de manera metafórica la existencia en el biosistema de "algo" cuyas funciones están determinadas fuera del individuo. *Este algo, el "ello", es una realidad física: la energía orgónica cósmica.* El "sistema orgonótico" vivo, el "bioaparato", no representa sino un estado especial de energía orgónica concentrada. En una nota reciente, un psicoanalista describió el "orgón" como "idéntico al ello de Freud". Esto es tan correcto como afirmar, por ejemplo, que la "entelequia" de Aristóteles o de Driesch es idéntica al "orgón". Es cierto, sin duda, que los términos "ello", "entelequia", "*élan vital*" y "orgón" describen "la misma cosa". Pero tales analogías simplifican demasiado las cosas. El "*orgón*" es una energía visible, medible y aplicable, de naturaleza cósmica. Conceptos tales como "ello", "entelequia" o "*élan vital*", en cambio, son sólo expresión de vislumbres de la existencia de tal energía. ¿Son acaso las "ondas electromagnéticas" de Maxwell "lo mismo" que las "ondas electromagnéticas" de Herz? Sin duda, lo son. Pero con las segundas podemos enviar mensajes a través de los océanos, mientras no lo podemos hacer con las primeras.

Estas equiparaciones "correctas", sin mención alguna de las diferencias *prácticas*, sirven para menoscabar verbalmente los grandes descubrimientos de la ciencia natural. Son tan poco científicas como el sociólogo que, en una revista reciente, se refirió al orgón como una "hipótesis". Con hipótesis, con cosas como el "ello" o la "entelequia", no podemos cargar glóbulos rojos ni destruir tumores cancerosos; podemos hacerlo en cambio con la energía orgónica.

Las discusiones sobre problemas psicológicos, tal como se las expone en el texto, son importantes y correctas dentro del marco de referencia de la *psicología profunda*. La biofísica orgónica trasciende ese marco. Con el progreso de nuestro conocimiento de las funciones orgónicas del organismo, estos problemas de psicología profunda pierden su significación. La solución del problema psicológico está fuera del dominio de la psicología. Un bloqueo de la pulsación orgonótica —en la garganta, por

ter coincide con el que ha ocupado al pensamiento psicoanalítico durante unos catorce años: *¿cómo trabaja el yo?* Todos recordamos la impresión que nos produjeran las declaraciones de Freud, cuando dijo: hasta ahora, hemos estudiado y comprendido sólo lo reprimido, pero no conocemos lo suficiente el origen de la represión, ni la estructura de la defensa yoica. Es sorprendente que se supiera tan poco acerca del yo, que pareciera mucho más inaccesible que el ello. Sin embargo, es un hecho y deben existir motivos para que así sea. Estos motivos radican no sólo en dificultades de comprensión *psicológica*.

Es cierto, en *El yo y el ello*, Freud planteó la cuestión relativa al origen de la energía del instinto yoico y en ese entonces, en 1922, tal cuestión era algo totalmente nuevo. Freud respondió con su teoría del instinto de muerte. Llegó a ella como resultado de las dificultades que crea el yo al resistirse a la eliminación de las represiones y al resistirse a la cura. Según esta teoría, esas dificultades provienen del sentimiento de culpa inconsciente o, en último análisis, de un masoquismo primario, es decir, de una voluntad de sufrir. Pero la teoría del instinto de muerte no dió respuesta a la cuestión relativa a la estructura de la defensa yoica y la represión de los impulsos libidinales, y tampoco la dió a la pregunta *¿cuál es el instinto del yo?*

Recordemos la falta de claridad siempre presente en la teoría analítica respecto a los instintos del yo. Originalmente se consideraba al hambre, por contraste con la sexualidad, como el instinto yoico al servicio de la autoconservación. Esta formulación planteaba un conflicto con otra según la cual los instintos yoicos son *antagonistas* de la sexualidad. Además, las consideraciones de la economía sexual mostraron que no puede considerarse el hambre como un instinto en el sentido estricto de la palabra, pues a diferencia de la sexualidad, no es expresión de un exceso de energía sino, por el contrario, de un descenso en el nivel energético del organismo. Además, desde hacía mucho tiempo se concebía el hambre, en sentido estructural, como perteneciente al ello y no al yo. Todo lo cual significa que el hambre no podía ser lo que constituye la energía del instinto yoico.

Schilder había tratado de contraponer a la sexualidad los instintos de agarrar y aferrarse. También este concepto era insostenible, pues esos impulsos son sin duda parte de la función del aparato muscular y, por ello, del funcionamiento vegetativo. El intento final de Freud, de reemplazar los misteriosos instintos del yo por el instinto de muerte como antagonista de la sexualidad, significó un mero reemplazar la oposición entre yo y ello por la oposición entre dos tendencias del ello. Con eso, el problema quedó más complicado que antes.

El trabajo del análisis del carácter sobre la defensa del yo aportó una respuesta; ésta parece tan evidente que debemos preguntarnos cómo

ejemplo— permite comprender de manera sencilla los más complicados problemas del sadismo oral. Mirando hacia atrás, comprendemos cuán dura fué la lucha del psicoanalista serio con los problemas biofísicos, y por qué no pudo encontrar una verdadera manera de encararlos. Trabajar en la psicología profunda con los impulsos, es tan difícil como tomar agua de un vaso que vemos reflejado en un espejo.

pudo haber sido pasada por alto, pese a que la teoría analítica señalaba hacia ella en muchas formas.

Debemos partir otra vez del conflicto básico entre el impulso y el mundo exterior. El primero, dirigido hacia los objetos del mundo exterior, encuentra la prohibición impuesta por los objetos de ese mundo (I, M, esquema I). Se plantea entonces la pregunta siguiente: ¿de dónde se extrae la energía necesaria para la función de la prohibición del mundo exterior? La respuesta es que sólo el contenido de la prohibición deriva de ese mundo, mientras su energía —su catexis— proviene de las reservas de energía del individuo mismo. La presión del mundo exterior produce en la persona una escisión, una disociación del impulso unitario; así resulta posible que un impulso se vuelva contra otro o incluso que el mismo impulso se divida en dos tendencias, una de las cuales continúa esforzándose hacia el mundo mientras la otra se vuelve contra el individuo mismo. Este volverse de un impulso hacia uno mismo ha sido descrito por Freud en su “*Triebe und Triebchicksale*”. El nuevo problema comienza, sin embargo, con el proceso de *disociación interna* y *antítesis*. Cuando un niño se masturba con fantasías de incesto, por ejemplo, su amor a sí mismo y su amor de objeto se orientan en la misma dirección, no se contradicen. La prohibición de masturbarse, impuesta por la madre, frustra la tendencia de la libido objetual y amenaza a la integridad narcisista con el castigo de la castración. Pero en cuanto la frustración externa cobra actividad, el impulso narcisista de autoconservación forma una antítesis del impulso masturbatorio de la libido de objeto (esquemas II y III). Una variante de este proceso lo constituye la antítesis entre la cariñosa ligazón con la madre, el temor a perder su cariño por una parte, y el impulso sensual por la otra; originalmente, ambas también habían formado una unidad. La disociación del impulso unitario es pues seguida por la oposición entre ambas partes del impulso disociado. Queda ahora en claro que la prohibición proveniente del mundo exterior puede ejercer su influencia sólo con ayuda de esta energía que se ha vuelto *antitética*.

Ampliaré esta exposición esquemática con el ejemplo práctico de un paciente caracterizado por una exagerada tendencia a ayudar a los demás, falta de agresividad, inclinación a apoyarse en los demás, y una conducta esencialmente pasiva. Todos los rasgos de su carácter pasivo-femenino estaban concentrados en cierta actitud chocante que servía a la finalidad de establecer y mantener constantemente contacto con los demás. No era difícil ver que la fuerza instintiva que mantenía estas actitudes era su homosexualidad anal-pasiva. Es decir, el yo utilizaba un impulso del ello para mantener las relaciones objetuales. Esa era la función *libidinal objetual*, o función del ello, de su analidad.

En el análisis, el carácter del paciente resultó una poderosa resistencia. Desde el punto de vista carácter-analítico, hubiese sido un error interpretar su conducta como expresión de impulsos inconscientes de homosexualidad anal, aunque “en sí mismo”, tal cosa hubiese sido correcta. El punto de vista económico y estructural dictan un proceder distinto. Si es cierto que durante el tratamiento el principal rasgo de

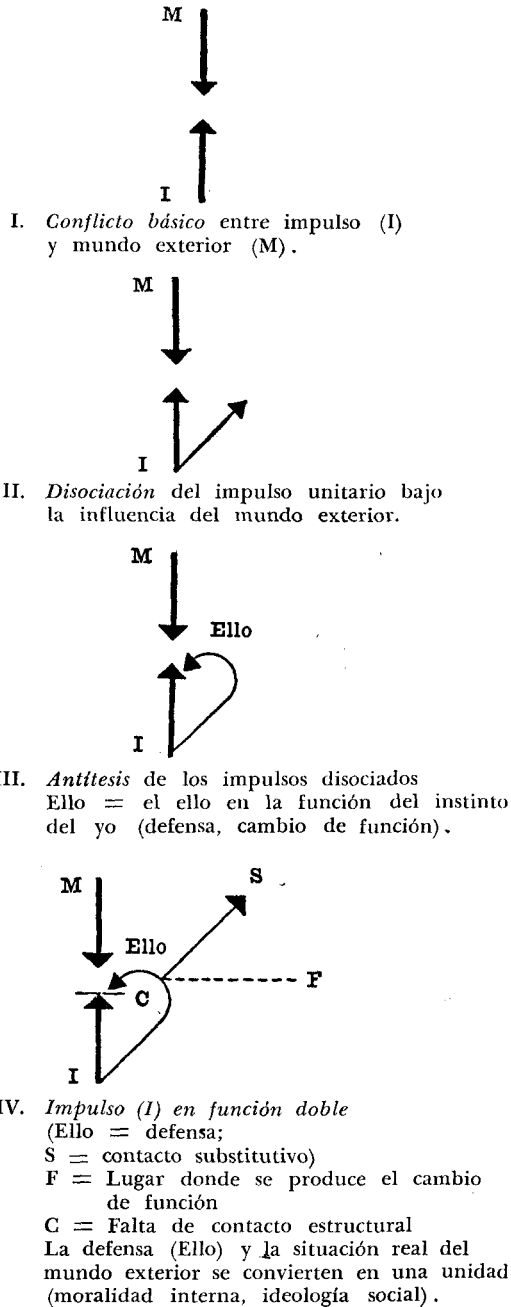


Diagrama: Cambio de función del impulso, disociación y antítesis internas

carácter se convierte en la principal resistencia caracterológica, el hecho trivial de que el paciente viva sus impulsos anal-pasivo-femeninos de objeto pierde importancia comparado con la pregunta: “¿dónde está la energía de la defensa?” Al cabo de algún tiempo, se descubrió que la misma actitud homosexual anal-pasiva que mantenía las relaciones con el mundo exterior, servía también a la función defensiva del yo. Es decir, el mismo impulso se escindió y sirvió alternada o simultáneamente a dos funciones opuestas: una vez como impulso objetal, la otra como impulso defensivo del yo. El control cuidadoso en otros casos, mostró que este *cambio de función*, este desempeño simultáneo al servicio del ello y al servicio de la defensa del yo, es un fenómeno universal. Antes de extraer la conclusión teórica, mencionaremos algunos ejemplos clínicos familiares a todo analista. La coquetería sexual de las histéricas pone de manifiesto con claridad esta función dual. Por una parte, es expresión de deseos genitales reprimidos, es decir, deseos dirigidos hacia el mundo y reprimidos; por la otra, es también una defensa contra la genitalidad, es expresión de aprensividad en el acercamiento a los objetos, como para descubrir de dónde puede amenazar el peligro genital. Sólo esto explica el hecho de que las mujeres de carácter histérico tengan amplias experiencias sexuales a pesar de su intensa angustia genital. Lo mismo se aplica a la actitud sádica de la mujer de carácter compulsivo: la agresión hacia el objeto amoroso satisface su relación objetal sádica y al mismo tiempo aleja sus verdaderos deseos de coito vaginal.

Los instintos del yo no son pues sino la totalidad de las demandas vegetativas, en su función de defensa. El instinto yoico es un instinto del ello vuelto contra sí mismo o contra otro instinto. Todo el proceso psíquico parece hallarse caracterizado por la escisión y antítesis de tendencias unitarias. Todo esto tendría un mero interés académico si no produjese ciertas consecuencias.

En primer lugar, una consecuencia teórica: si nuestro concepto de la estructura del yo y de la función defensiva es correcto, los sistemas “yo” y “ello” aparecen meramente como diferentes *funciones* del aparato psíquico² y no como dominios separados. En época anterior, tuvimos que responder a la pregunta análoga en cuanto a la forma en que se conserva en la realidad actual la experiencia histórica infantil. La experiencia clínica demostró que aquélla no estaba en manera alguna completamente sumergida, sino que se mostraba activa en forma de actitudes caracterológicas, y que a partir de ellas puede hacerse cristalizar el contenido de la experiencia infantil. Algo análogo vemos en el sistema psíquico; lo reprimido y lo represivo no son dos dominios o fuerzas separados, tópicamente distintos; constituyen más bien una unidad funcional con antítesis simultáneas. El concepto tópico del aparato psíquico no es más un concepto auxiliar, y Freud estaba en lo cierto al negarse a relegar el sistema “inconsciente” a una parte inferior del sistema nervioso. La percepción por parte del yo, por ejemplo, no es menos una función del sistema vegetativo que un instinto.

² Nota de 1915: “Aparato biopsíquico”, “sistema orgonótico humano”.

En segundo lugar, una consecuencia técnica: la experiencia muestra que no liberamos la energía del instinto reprimido, o que lo hacemos sólo en forma insuficiente, si comenzamos interpretando su función del ello. En tal caso, quizá el paciente desarrolle una buena comprensión intelectual y llegue a convencerse de la corrección teórica del trabajo analítico; sin embargo, el objetivo verdadero, el liberar de la represión a los instintos, dista mucho de haber sido alcanzado, y hay una modificación muy escasa de la estructura. Ocurre algo muy distinto si tomamos como principio destruir primero la función defensiva del *mismo* instinto. La amplia experiencia clínica muestra que sólo en esta forma comienzan a fluir otra vez las fuentes vegetativas de la personalidad. La conclusión ineludible es que en realidad *no* eliminamos la represión si trabajamos con interpretaciones del ello. En cambio, lo hacemos casi siempre si aislamos de la formación caracterológica defensiva al instinto reprimido, no como agente reprimido sino, en primer lugar, como agente *represivo*. Pero volvamos a nuestro paciente: éste permaneció afectivamente intacto mientras no comprendió con claridad que su actitud de sometimiento no era amor, no era gratitud, cooperación, ni homosexualidad, sino, por sobre todo, una defensa contra alguna otra cosa. Esta otra cosa era envidia, agresión inhibida, tendencias destructivas, etc.

Otro paciente mostraba movimientos espasmódicos, nada armoniosos, de los cuales no tenía conciencia; era una especie de tic.³ Si yo hubiese interpretado los motivos libidinales de estos movimientos, pongamos por caso su significación masturbatoria, el resultado no habría sido ciertamente el mismo. Señalé primero que se trataba de movimientos trabados, de una defensa contra la dolorosa percepción de su aspecto, pues su vanidad le dificultaba admitir ciertas características corporales. Mi interpretación de esta defensa dió como resultado una gran excitación, un aumento del tic y de las trabas y, para mi gran sorpresa, violentas convulsiones de la musculatura abdominal. Estas convulsiones se manifestaron como una defensa contra la fantasía de golpes sobre su abdomen "embarazado". No se interpretaron como una identificación con la madre, sino como una defensa contra impulsos agresivos dirigidos hacia un objeto. Esto dió como resultado inmediato movimientos espasmódicos de las piernas, luego violentos movimientos pélvicos con masturbación y orgasmo. Interpretar el movimiento de tic como sustituto de la masturbación era totalmente superfluo; el paciente experimentó la vinculación de manera inmediata e inequívoca. Este resultado hubiese sido imposible de haber mediado la más ligera desviación de la regla de que las actitudes deben tratarse en forma consecuente como defensa.

El lector se preguntará cuál es la diferencia esencial en el caso de la interpretación del ello y el de la interpretación de la resistencia, respectivamente. La siguiente: con un análisis correcto de las funciones

³ Nota de 1945: En esa época, en 1933, yo no sabía todavía que esos movimientos espontáneos de los pacientes representaban partes escindidas del reflejo de orgasmo. Yo no comprendía la función biofísica de estos movimientos, sino sólo su "significado psíquico". Tal es el caso en la actualidad con la mayoría, si no todos, de los analistas.

defensivas y evitando toda interpretación de las funciones del ello, hacen su aparición estados de excitación vegetativa y estados de tensión hasta entonces desconocidos para el paciente. En el caso de las interpretaciones del ello, estos estados no se presentan o bien, si lo hacen, sucede por accidente y de manera impredecible. El paciente que se acaba de mencionar, por ejemplo, experimentó sensaciones para él desconocidas desde una fase de marcada represión durante la pubertad: olas de calor, severa opresión en la región cardíaca y sensaciones en la boca del estómago tales como las que se experimentan en la "montaña rusa" o en un ascensor rápido. En otros casos, estas sensaciones aparecen juntamente con sensaciones de flotar o de caer.

Los síntomas más importantes de la excitación vegetativa son los siguientes: sensación de opresión en la zona cardíaca, sensación de tensión en los músculos, sensaciones de corriente vegetativa y sensaciones placenteras tales como las experimentadas después de un acto sexual satisfactorio, sensación de tensión en la cabeza, sensaciones de calor y de frío, carne de gallina, prurito —en particular en la uretra y en el perineo—, aumento de la secreción salivar o bien sequedad en la boca, sensaciones de ahogo, el sentimiento de no poder respirar, vértigo, náusea, una "sensación de tirones" en el genital (como al caer), sensaciones en la boca del estómago (como en la "montaña rusa" o en un ascensor de alta velocidad), contracciones musculares involuntarias, sensaciones placenteras con la contracción de grupos de músculos lisos, etc.

Antes de intentar una orientación teórica en la abundancia de estos fenómenos, debemos volver a nuestro punto de partida, la estructura de la coraza caracterológica pues, como hemos visto, de ella liberamos la energía vegetativa con nuestra técnica de análisis del carácter.

4. EL INTELLECTO COMO FUNCIÓN DEFENSIVA

Un ejemplo clínico mostrará una vez más con cuánta precisión las actitudes caracterológicas conservan y al mismo tiempo alejan las situaciones infantiles. Según la concepción común, la función del intelecto humano es exclusivamente objetiva y dirigida hacia la realidad; la ética y la filosofía, en particular, consideran la actividad intelectual como actividad que abarca la realidad "en forma incorruptible" y es absolutamente contraria al afecto. Este concepto pasa por alto dos cosas: primero, la función intelectual es en sí misma una actividad vegetativa; segundo, la función intelectual puede tener una carga afectiva no menos intensa que la de cualquier reacción puramente afectiva. El trabajo carácter-analítico pone además de manifiesto una función defensiva específica del intelecto. La actividad intelectual presenta a menudo una estructura y dirección tales que impresiona como un aparato en extremo hábil precisamente para *evitar* los hechos, como una actividad que realmente nos *aparta* de la realidad. El intelecto puede pues, trabajar en ambas direcciones básicas del aparato psíquico, hacia el mundo y alejándose de él; puede trabajar en la misma dirección que un vívido afecto, y puede oponerse a él. Es decir, no existe relación mecánica,

absolutamente antitética, entre intelecto y afecto sino, también aquí, una relación funcional.

Hasta ahora, ha parecido en extremo difícil hacer derivar la función intelectual de la función vegetativa. Ciertas experiencias carácter-analíticas abren sin embargo, una avenida de enfoque también para este problema. Esto se verá en el caso de un paciente que presentaba de manera particularmente interesante la génesis afectiva de una función intelectual astuta, hábil.

En este paciente, el análisis del carácter había desenmascarado y eliminado su cortesía y aparente sometimiento, revelándolos como una defensa contra su violenta agresividad. Después de esto, comenzó a desarrollar el siguiente tipo de defensa: de manera en extremo inteligente, trató de adivinar cada uno de sus mecanismos inconscientes; en verdad, logró destruir casi todas las situaciones afectivas adivinándolas de antemano. Era como si secretamente usara su intelecto para escudriñar todos los rincones y no verse sorprendido por cosa alguna. Resultaba cada vez más claro que su intelecto estaba al servicio de evitar la angustia, que el motivo de su actividad intelectual era una anticipación aprensiva. Por ejemplo, siempre podía descubrir, en forma por demás hábil, lo que yo pensaba de él, o bien lo deducía por lo que se decía, o por el curso del análisis; también sabía cómo anticipar en cualquier momento lo que iba a suceder. Esta conducta no se consideró en manera alguna como cooperación; por el contrario, se la trató como una maniobra extremadamente hábil de evasión. La tarea siguiente era anular la utilidad de esta arma; eso pudo lograrse sólo mediante el análisis consecuente de su función y con extrema reserva en las demás interpretaciones. Durante un tiempo, el paciente continuó con su enfoque intelectual, pero pronto comenzó a mostrarse inseguro e incómodo y por último se entregó a violentas protestas, diciendo que yo me negaba a comprenderle, que su ayuda intelectual demostraba su cooperación, etc. Intensifiqué entonces mi interpretación de su actividad intelectual, señalando que se trataba de una defensa contra toda sorpresa. También le dije que su comportamiento parecía el de un *zorro astuto*. Un día, al cabo de un breve período de excitación, su defensa se derrumbó de la siguiente manera: en un comienzo, volvió a expresar su exasperación porque yo ya no le comprendía. Luego su atención se desplazó gradualmente hacia una escena de su tercer año de vida, mencionada una vez al pasar, sin pormenor o afecto alguno.

Se había herido un brazo en una caída y debió sufrir una operación. Su padre le llevó al hospital. Ahora, con violento llanto, recordó los siguientes pormenores: pasaron junto a una tienda en cuyo escaparate se exhibían animales embalsamados. De éstos recordaba claramente dos: un *zorro* y un *reno* con largas astas. Durante esta sesión, no recordó lo sucedido entre esta observación y la operación. Con posterioridad, sin embargo, se vió a sí mismo sobre la mesa de operaciones, los brazos maniatados, los hombros tensos por la expectativa. Le parecía oler cloroformo, y de pronto recordó la *máscara de anestesia*. Cuando iban

a colocársela, pensó: “¡Pero voy a tener cara de zorro!” La cabeza del zorro y la máscara del cloroformo tienen en efecto formas muy similares. Los zorros, lo sabía de niño, se cazan con trampas que aprietan la pata del animal y “le rompen los huesos”. En camino al hospital, entonces, el niño había usado todos sus poderes intelectuales para encontrar una escapatoria al desastre que le amenazaba; quizá fué ésa la primera vez que su intelecto se puso al servicio de la defensa contra un peligro amenazador. El peligro representado por el análisis también se hacía a un lado de manera astuta, con “zorrerías”. El paciente recordaba en forma definida cómo, al cabo de muchos esfuerzos para pensar en una salida, llegó finalmente a la siguiente conclusión: “Es imposible, es absolutamente imposible, estoy atrapado”. Resultaba ahora claro cuál era la base de su gran debilidad: era astuto y prudente en tal grado que, por ejemplo, no podía formarse opiniones políticas positivas y tampoco, debido a su temor, entregarse a ningún tipo de acción. Toda su vida había sido un zorro en la trampa; con su astucia y disimulo había neutralizado el temor infantil de ser un zorro atrapado.

5. LA CONCATENACIÓN DE LAS FUERZAS DEFENSIVAS

Sería erróneo suponer que el ablandamiento o la eliminación de una sola defensa puede liberar el funcionamiento libidinal o puede siquiera permitir al paciente la libre asociación. Es cierto, a menudo sucede que después de eliminar una capa del aparato defensivo, afluyen los afectos liberados, con el correspondiente material de experiencias infantiles. Echaríamos por tierra toda posibilidad de una *completa* disolución de la coraza si durante esta fase hiciéramos otra cosa que vincular la situación transferencial actual sólo a aquellas partes del material relacionadas directamente con ella. Descubriríamos que la brecha de la coraza vuelve pronto a cerrarse y que la coraza continúa trabajando como si nada hubiese sucedido. Estas pequeñas irrupciones después de eliminadas capas individuales de la coraza *no deben confundirse con el derrumbe final* de la misma. Esta distinción se basa en una estructura específica del aparato psíquico acorazado, a la cual podríamos denominar *concatenación de las fuerzas defensivas*, y que puede describirse como sigue:

Si hemos desenmascarado, por ejemplo, una actitud excesivamente cortés que constituye la capa superior, poniéndola al descubierto como función defensiva, hace su aparición aquello que era evitado, por ejemplo la agresión. Sería un error decir entonces al paciente que está viviendo su agresión infantil, aunque ésta aparezca de manera inequívoca. Esta agresión no es sólo la expresión de una relación infantil con el mundo, es al mismo tiempo una defensa contra algo mucho más profundo, por ejemplo, impulsos pasivo-anales. Si se logra eliminar también esta capa de la defensa, quizá lo que aparezca no sea la esperada pasividad sino la falta de contacto, en forma de indiferencia hacia el analista, etc. Esta falta de contacto es sin lugar a dudas una defensa, pongamos

por caso contra una anticipada decepción. Si disolviendo la falta de contacto logramos traer a la superficie el temor a la decepción, quizá tenga todo el aspecto de un profundo temor infantil a perder el objeto amoroso; pero al mismo tiempo es la defensa contra profundos impulsos agresivos contra el objeto amoroso que alguna vez le reiteró su cariño. Este ejemplo podría variar, podría ser más complicado o quizá simplificarse indefinidamente, según el tipo de que se trate. Así por ejemplo, la capa *más profunda* de agresión que ahora aparece podría ser en sí misma la expresión de tendencias destructivas *originales*, pero podría al mismo tiempo cumplir la función de evitar intensas demandas orales-narcisistas. En ese caso, habría que interpretarla nuevamente mediante el análisis del carácter, como defensa y no como demanda instintiva vegetativa. *Las capas de la coraza están pues concatenadas, todo impulso evitado cumple también la función de evitar un impulso reprimido más profundamente.* Así, para proseguir con nuestro ejemplo, sólo el análisis de las demandas orales-narcisistas de cariño, revelándolas como defensa contra impulsos amorosos auténticos, orales o genitales, produciría la irrupción de la excitación vegetativa. La irrupción final no tiene éxito mientras no nos hayamos abierto camino a través de las diversas funciones de defensa. Este trabajo requiere infinita paciencia y el absoluto convencimiento de que por último irrumpirán impulsos instintivos originales que ya no poseen función defensiva. Alcanzado este punto, por lo común el paciente ya ha reactivado su genitalidad. Sin embargo, el concatenamiento de las funciones defensivas necesita todavía un estudio clínico intenso y detallado.

A este respecto, tendremos que discutir el punto de vista de Kaiser,¹ quien cree poder prescindir por completo de la interpretación. El primer malentendido es que Kaiser restringe el concepto de interpretación al hecho de volver consciente lo reprimido, mientras en mi libro *Charakteranalyse* se emplea el término para indicar todo tipo de comunicación analítica. Quizá la restricción impuesta por Kaiser al significado del término "interpretación" tenga sus ventajas; en este caso, establecer una vinculación analítica superficial, o volver objetivo un rasgo de carácter, no serían interpretaciones en sentido estricto. Pero aun con esta limitación del término, si Kaiser dice que el análisis consecuente de la resistencia no sólo torna superflua toda interpretación, sino que resulta un error, yo podría estar de acuerdo con él sólo sobre la base de principios teóricos. Al decir eso, olvida que mi formulación de la "interpretación al final" es prácticamente necesaria mientras la técnica carácter-analítica no esté perfeccionada en tal grado que ya no tengamos dificultad alguna en orientarnos en el laberinto de las defensas. La aseveración de Kaiser, pues, es correcta sólo en el caso ideal del trabajo carácter-analítico. Debo admitir que estoy aún muy lejos de ese ideal y que la disolución de la formación defensiva me resulta todavía un trabajo difícil, en particular en lo referente a la falta de contacto y a la concatenación de las defensas. Lo que hace del trabajo de análisis del carácter una

1 "Probleme der Technik". *Internat. Zeitschr. f. Psychoan.*, 1934.

labor tan dificultosa es una consideración que Kaiser pasa por alto: la derivada de la economía sexual; esto obliga a trabajar en forma tal de concentrar sobre el genital la cantidad máxima de excitación sexual, la cual aparece entonces como *angustia de orgasmo*.

6. FALTA DE CONTACTO

El primer concepto carácter-analítico de la coraza caracterológica fué el siguiente: la coraza constituye la sumatoria de todas las fuerzas defensivas represivas, y puede ser disuelta mediante un análisis de las modalidades de la conducta. Luego se puso de manifiesto que este concepto de la coraza era incompleto; más aún, parecía haber pasado por alto el hecho más importante. Gradualmente, se vió con mayor claridad que aunque una disolución cabal de las modalidades de conducta conducía a irrupciones de energía vegetativa de profundos alcances, no obstante ello era incompleta en una forma difícil de definir. Se tenía la sensación de que el paciente no abandonaba algunos puestos avanzados de su "posición narcisista" y que sabía cómo ocultarlos con suma habilidad a sí mismo, y al analista. Como el análisis de las fuerzas defensivas activas y de la formación reactiva caracterológica parecía completo, y como por otra parte no podía dudarse de la existencia de este resto mal definido, nos encontrábamos ante un problema de difícil solución. El concepto teórico de la coraza era correcto: a una sumatoria de impulsos dirigidos hacia el mundo exterior y reprimidos, se oponía una sumatoria de fuerzas defensivas que mantenían la represión; ambas constituían, en el carácter del paciente, una *unidad funcional*. ¿Dónde debíamos buscar entonces el resto desconocido, si comprendíamos tanto las fuerzas reprimidas como las represoras?

Si bien contribuyó al conocimiento de la estructura del yo, no resolvió el enigma la explicación de que el mismo impulso se dirige hacia el mundo y, al mismo tiempo, en función defensiva, contra el yo. Un ejemplo clínico mostrará que el resto oculto de la coraza ha de encontrarse en el fenómeno de la *falta de contacto psíquico*.

En el paciente mencionado más arriba, el análisis reveló detrás de su actitud reactiva pasivo-femenina, una acentuada falta de contacto con el mundo; éste no le interesaba ni le influía. El paciente no tenía conciencia inmediata de ello; por el contrario, su tendencia pasivo-femenina a apoyarse en los demás le engañaba a este respecto y le infundía el sentimiento de tener con el mundo exterior relaciones especialmente intensas. Parecía existir una difícil contradicción. Por un lado, su pegajosidad libidinal, su disposición a ayudar y a ser servicial, es decir, relaciones objetales en apariencia intensas; por el otro lado, sin duda falta de contacto. La situación se puso en claro cuando comprendimos, por la historia del paciente, que su ligazón y disposición a ayudar habían asumido no sólo la función de evitar sus impulsos agresivos reprimidos, sino también la de compensar su falta de contacto con el mundo. Debemos distinguir, por lo tanto:

Primero, los impulsos reprimidos;
 Segundo, las fuerzas defensivas represoras; y,
 Tercero, una capa de la estructura psíquica entre ambas, la falta de contacto.

A primera vista, esa última no aparece como una fuerza dinámica, sino como una formación estática, rígida, como una muralla en el organismo psíquico, como el *resultado del conflicto entre dos corrientes libidinales opuestas*. La manera más fácil de comprender y concebir esta estructura es conocer su historia.

Al repasar anteriores experiencias clínicas después de descubrir la falta de contacto en este paciente, pude ver que era un fenómeno tan general de la neurosis como el cambio de función en los impulsos. Presentaré primero el concepto teórico de la falta de contacto y luego su historia, mediante otro ejemplo clínico. Cuando las tendencias libidinales hacia el mundo exterior se ven inhibidas por una prohibición proveniente de ese mundo, puede establecerse un equilibrio entre la fuerza instintiva y la inhibidora. Se trata de una condición en apariencia estática. Quizá la base de la fijación de impulsos en etapas evolutivas anteriores, así como la inhibición psíquica en general, sea precisamente esa condición dinámica. Podría también describírsela como sigue: cuando un impulso encuentra una inhibición puede, como se ha dicho antes, escindirse. Parte del impulso se vuelve contra la propia persona (formación reactiva) y parte de él conserva la dirección original hacia el mundo exterior. Pero ahora la situación dinámica se ha modificado por la disociación y la antítesis. En el punto en el cual las dos tendencias —la dirigida contra la propia persona y la dirigida hacia el mundo exterior— se dividen, debe existir una condición de parálisis o rigidez, como resultado de dos fuerzas opuestas. No se trata en manera alguna de un mero concepto hipotético auxiliar. Una vez que hemos captado la esencia de este proceso y dejamos a los pacientes describir sus sentimientos en detalle, descubrimos que experimentan esta inhibición en forma muy vívida, a pesar de toda posible relación de objeto que exista. Mencionaré algunas de las manifestaciones clínicas más comunes de esta condición dinámico-estructural.

La más frecuente es un sentimiento de *soledad interior*, a pesar de relaciones sociales y objetivas a menudo amplias. En otros pacientes, hallamos un sentimiento de "*muerte interior*". Esta es sin lugar a dudas la base de la despersonalización neurótico-compulsiva y esquizoidea; en los esquizofrénicos, este estado se representa de inmediato en forma de sensaciones de escindirse. Cuando los pacientes se sienten extraños a ellos mismos, como sin relaciones consigo mismos y sin interés en el mundo, se debe a este conflicto entre una tendencia libidinal de objeto y la tendencia a buscar refugio en uno mismo. La escisión y la ambivalencia son expresión directa de este proceso; la falta de interés es un resultado del equilibrio entre dos fuerzas opuestas. El concepto de la falta de contacto como cosa estática, como una muralla, no es por lo tanto correcto. No se trata de una actitud pasiva sino de un juego dinámico recíproco entre fuerzas opuestas. Lo mismo cabe decir del bloqueo

afectivo en los neuróticos compulsivos, y de la rigidez catatónica. Estos pocos ejemplos deben bastarnos por ahora.

Una vez rota la coraza, vemos en nuestros pacientes una *alternancia* de corrientes vegetativas y de bloqueo afectivo. Siendo el restablecimiento de la corriente vegetativa el objetivo terapéutico más importante, la transición del estado de fluencia al estado de congelamiento es uno de los problemas terapéuticos y teóricos de mayor importancia. Estados análogos de bloqueo afectivo se conocen en condiciones de guerra y entre prisioneros políticos. Aquí, el poder exterior brutal inhibe todo impulso de ira. Como resulta gradualmente intolerable una oscilación entre una y otra dirección, se produce un embotamiento; no se trata, sin embargo, de una condición pasiva, ni del congelamiento final de una condición dinámica, sino como ya hemos dicho, del resultado de una oposición de fuerzas. Que así es, lo demuestra el hecho de que este estado de embotamiento —como resultado de las condiciones externas o de nuestros esfuerzos en el análisis del carácter— puede volver a disolverse en sus partes constitutivas. En la medida en que el embotamiento cede, aparecen impulsos sexuales y agresivos, y asimismo angustia, es decir, huida centrípeta. Esto vuelve a confirmar el concepto económico-sexual de sexualidad y angustia como dos direcciones opuestas de la corriente vegetativa.

En nuestros pacientes, hallamos los impulsos reprimidos, la fuerza represora y la intermedia falta de contacto, existiendo lado a lado y actuando al mismo tiempo. El análisis, sin embargo, pone de manifiesto una sucesión definida en el desarrollo histórico. La mostraremos en el ejemplo que sigue.

Este paciente sufría intensamente de su sentimiento de muerte interior, a diferencia del paciente mencionado más arriba, quien carecía de conciencia de este estado. En su comportamiento exterior, era exageradamente cortés, reservado y algo altanero; las personas dotadas de una motilidad vegetativa libre le sentían como rígido y muerto. El mismo paciente no tenía deseo más secreto e intenso que “sentir el mundo”, ser capaz de “fluir”. El análisis del carácter liberó sus afectos de su conducta y ello dió como resultado una completa reactivación de aquellas situaciones infantiles en las cuales había adquirido su falta de contacto, así como también su anhelo de vivir. Uno de sus síntomas neuróticos más destacados era el temor muy intenso a la pérdida de objeto; reaccionaba con acentuada depresión si al besar a una mujer no tenía de inmediato una erección. El análisis puso de manifiesto que además de su marcado anhelo por una relación objetal viva, había una marcada *tendencia a retirarse*, a renunciar al objeto ante la más ligera provocación. Esta tendencia se debía a su temor al mismo objeto hacia el cual quería “fluir”. Es importante destacar que sufría de anestesia del pene, es decir, de una falta de *contacto vegetativo*. Condiciones como ésta son muy evidentes en los caracteres compulsivos. Su fórmula de la “nueva vida” que deben comenzar constantemente, el sentimiento de que podrían ser “diferentes”, es decir, vivos y productivos en lugar de rígidos y estáticos, es sólo la expresión de los últimos restos de motilidad vegetativa y por lo general el más poderoso incentivo para mejorar. Volviendo a nuestro

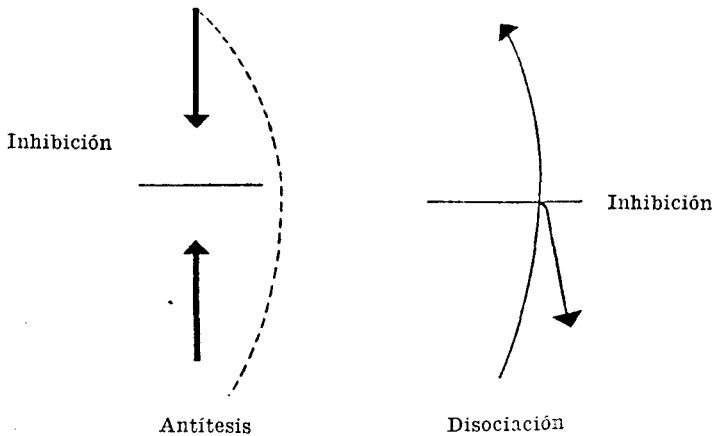
caso, eliminada la anestesia del pene desapareció también el sentimiento de falta de contacto, pero sólo para reaparecer de inmediato al repetirse la perturbación genital. Esta vinculación entre falta de contacto psíquico y anestesia fisiológica por una parte, y contacto psíquico y excitabilidad vegetativa por la otra, tenía su fundamento en la historia de los primeros años de vida del paciente. En pocas palabras, esa historia era como sigue:

El paciente había experimentado intensos deseos genitales hacia la madre. Sus primeros intentos de acercamiento genital fueron rechazados. Es importante señalar que la madre no le prohibió el contacto no genital, tal como acostarse a su lado, abrazarla, etc.; más aún, lo alentó. Como resultado de la frustración genital, el paciente desarrolló hacia la madre una intensa actitud sádico-agresiva; también ésta debió ser reprimida por temor al castigo. Ahora se hallaba ante un severo conflicto. Por una parte, su tierno amor a la madre y el impulso por lograr el contacto físico con ella. Por la otra, el odio hacia la madre y el temor a este odio, así como también el temor a su impulso genital y el temor de perder el objeto amoroso. Con posterioridad, cada vez que se aproximaba a una mujer el impulso genital, más o menos reprimido, era reemplazado por los impulsos sádicos, y esto le obligaba a retirarse. De niño, a fin de lograr la represión, debió anular las sensaciones del pene. Cómo es posible tal cosa, es un problema todavía sin resolver. Probablemente, el impulso agresivo inhibe al sexual, y viceversa. El hecho es que la anestesia genital unida a la potencia erectiva es la expresión *inmediata* y el indicio más importante de la pérdida de la capacidad de establecer contacto. Con toda probabilidad, no se trata de un mero proceso psíquico sino de una perturbación de la función electrofisiológica en la superficie del pene. En un nivel más profundo, el sentimiento de "estar muerto" significaba para el paciente lo mismo que no tener pene o no sentirlo. Había una base racional para esto en la real pérdida de sensación en el pene. Tal es lo que dió origen a sus depresiones.¹

Vemos pues que la falta de contacto con el mundo se había desarrollado en la época en que su impulso genital natural planteó un conflicto con su odio hacia el objeto y la tendencia resultante a la retirada. Podemos decir sin vacilación que este proceso es general: toda vez que los impulsos naturales hacia los objetos se ven frustrados, el resultado no es sólo la angustia como expresión de la retirada dentro de uno mismo, sino también la pérdida del contacto. Esto es igualmente cierto en el niño pasada la primera fase intensa de represión genital, y en el

¹ Nota de 1945: Con el correr del tiempo, la manifestación clínica de la "falta de contacto" llegó a ser la línea rectora en la búsqueda de las perturbaciones orgonobiofísicas. La falta de contacto se basa en un bloqueo de la motilidad del órgano corporal (anorgonía). En el caso de la anestesia del pene, la piel carece de carga orgonótica, el campo de energía orgónica se contrae y tocar el pene da como resultado sólo sensaciones táctiles, mas no placenteras. Puesto que sólo un cambio en el nivel energético produce el placer, se sobreentiende que un bloqueo de la motilidad plasmática resulta en la falta de contacto. En 1942 se logró la demostración del campo de energía orgónica mediante la iluminación de un filamento. Cf. también "The bio-electric function of pleasure and anxiety", *The Function of the Organism*, 1942, p. 326 y sig., 1948, p. 389 y sig.

adolescente que, por razones externas o por incapacidad interna, no puede encontrar su camino hacia el objeto. Es igualmente el caso en matrimonios que llevan casados mucho tiempo, cuando aparece un embotamiento en la relación sexual y el camino hacia otra gratificación sexual está obstaculizado por la represión. En todos estos casos vemos el cuadro del embotamiento psíquico, caracterizado por la resignación, la falta de interés, sentimientos de soledad y un serio entorpecimiento del funcionamiento práctico.

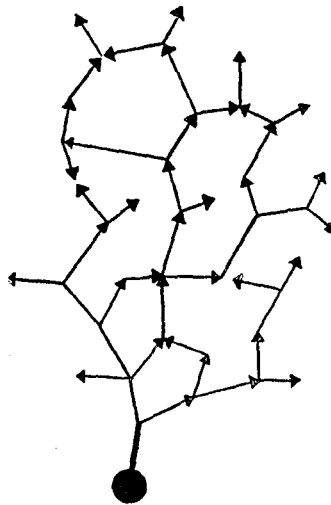


Esquema de la inhibición

Al tratar de captar la dinámica del carácter, debemos introducir una nueva corrección en nuestro concepto del aparato psíquico. Dijimos que entre lo reprimido y lo represor (fuerzas de defensa) se interpone una capa de falta de contacto y que ésta corresponde a una inhibición resultante de la antítesis de dos impulsos o a la escisión (disociación) de un mismo impulso.

Al formular esta definición, pasamos por alto el hecho de que el aparato psíquico neurótico no consiste de un impulso reprimido y un impulso represivo, sino de un infinito número de impulsos, en parte antitéticos y en parte disociados. La *concatenación* de las fuerzas defensivas muestra además que un impulso existente en lo profundo de la coraza puede cumplir una función defensiva en la superficie, y establece la probabilidad de que todas las tendencias psíquicas estén disociadas en impulsos "hacia el mundo" y "de alejamiento del mundo", impulsos al mismo tiempo antitéticos. En pocas palabras, tenemos el cuadro de una complicada *estructura de la coraza*, en el cual lo reprimido y lo represor ya no están netamente separados, sino concatenados de una manera compleja y al parecer desordenada. Sólo el trabajo carácter-analítico impone orden en este cuadro, un orden correspondiente a la historia de la estructura. El concepto estructural es incompatible con un concepto tópic. Lo reprimido y lo represivo forman una unidad funcional, como

por ejemplo, la de una inhibición caracterológica. Si consideramos la infinita multitud de unificaciones de distintas tendencias y de disociaciones de tendencias unitarias, es evidente que el proceso no puede comprenderse por ningún tipo de pensamiento mecanicista o sistemático, sino sólo por medio del pensamiento funcional y estructural. El desarrollo del carácter es un proceso de evolución progresiva, de disociación y antítesis de funciones vegetativas sencillas, de fuerzas que actúan en diferentes direcciones, tal como se muestra en el esquema siguiente:



Esquema de la estructura de la coraza

Por consiguiente, la falta de contacto no es una capa interpuesta entre dos capas de fuerzas opuestas, sino una expresión de la *concentración* de antítesis y disociaciones. Lo que en un análisis del carácter nos impresiona como formación compacta no es sino esa concentración de fuerzas opuestas en el carácter. Ya hemos indicado lo importante que es comenzar "por el extremo correcto", si se desea disolver tal formación caracterológica.

Así por ejemplo, el rasgo de carácter de la reserva puede llegar a constituir durante el tratamiento una compacta resistencia caracterológica, bajo la forma de un empecinado, aprensivo silencio. En un análisis del carácter, no pensaríamos en vencer este silencio insistiendo, persuadiendo o amenazando al paciente. Ese silencio es en su mayor parte resultado de una *incapacidad* de dar expresión verbal a los impulsos internos. Insistir y tratar de persuadir al paciente, sólo aumenta su empecinamiento, pues esas medidas no eliminan su incapacidad de expresarse; por el contrario, la acentúan. Pues en realidad el paciente quisiera hablar y expresarse, mas se encuentra de alguna manera inhibido; se halla frente a la tarea de expresarse y fracasa por esa misma

razón. No sabe que es incapaz de hacerlo; por lo general, cree que *no quiere hacerlo*. Abriga la secreta esperanza de que el analista le comprenda a pesar de no poder expresarse. Este deseo “de ser comprendido” se combina por lo común con una defensa contra toda ayuda, y esta defensa toma la forma del empecinamiento. Esto hace difícil el trabajo, mas no imposible. En lugar de insistir ante el paciente o incluso de usar el famoso “tratamiento del silencio”, le aseguramos comprender su inhibición y que, por el momento, no esperamos que se exprese. Con esto, le aliviarnos de la presión que significa la “tarea” y le quitamos el motivo para mostrarse empecinado. Si logramos *describir* en forma sencilla y exacta sus actitudes, sin tratar de modificarlas de inmediato, siempre descubrimos que el paciente se siente de inmediato “comprendido”. Con eso, tendrá algunos sentimientos que en un comienzo *combatirá acentuando el silencio*, pues le *crearán cierta incomodidad*. Esa incomodidad es el primer indicio de un movimiento para salir de su estado de rigidez. Al cabo de algunos días, o como máximo de algunas semanas, de paciente descripción de sus actitudes, el enfermo comenzará gradualmente a hablar. En la mayoría de los casos, la actitud caracterológica de silencio se basa en un espasmo de la musculatura de la garganta, espasmo del cual el paciente no tiene conciencia y que obliga a *acallar las excitaciones en cuanto comienzan a aparecer*.

A fin de eliminar la falta de contacto, no basta reconstruir la historia de su desarrollo o descubrir los impulsos reprimidos y represivos constituyentes de la misma. Por el contrario, como con toda actitud caracterológica, el paciente debe aprender a concebirla objetivamente antes de poder disolverla analíticamente. La medida más importante para lograr eso es una descripción exacta de su conducta. Otras medidas son: mostrar a los pacientes, en forma constante, la diferencia entre los ideales que se fijan para ellos mismos y la vaciedad de su vivir actual; constante demostración de la falta de verdadero interés, tal como se revela en los conflictos y en los fracasos sufridos en el trabajo; demostración de la falta de verdadera experiencia interior a pesar de una vida amorosa al parecer intensa. Todo esto hace que el paciente experimente gradualmente su falta de contacto en una forma dolorosa. Por lo común, esto sólo es posible en forma total cuando una cierta cantidad de energías sexuales han sido ya liberadas y han incrementado las demandas del paciente por establecer un contacto vivo con la realidad. La falta de contacto se hace intolerable cuando el enfermo ha comenzado a experimentar las primeras, aunque débiles, sensaciones de corriente orgástica en el cuerpo y en particular en el genital. La falta general de contacto psíquico es sólo el reflejo general de la angustia de orgasmo, es decir, del *temor al contacto orgástico*: en consecuencia, desaparece automática y completamente en cuanto se establece la capacidad de contacto orgástico.

Nuestro conocimiento de los mecanismos psicofísicos que median entre una condición de experimentar plenamente las cosas y la gente, y la condición de vacío interior, es todavía incompleto. Esto se aplica en particular a la cuestión de cómo es posible que un retiro del interés

sexual o la inhibición de un impulso dirigido hacia el exterior se experimente de manera inmediata como "enfriamiento", "congelación" o "muerte". Nuestra anterior explicación de este fenómeno como "inhibición" resultante de la acción de dos fuerzas opuestas, es correcta, mas incompleta. Nada significa decir que la libido se retrae; no podemos reemplazar por palabras la comprensión dinámica. En resumen, todavía nada sabemos.² Sin embargo, aprendemos mucho acerca de este fenómeno si hacemos que el paciente *reviva* la *transición* de la condición viva a la muerta, en la forma más intensa posible, y si prestamos la atención más cuidadosa posible a la oscilación de una condición a la otra durante el tratamiento. Si así lo hacemos, observamos reacciones muy peculiares. Un paciente, por ejemplo, experimentó la transición debiendo repetir mecánicamente: "No sirve, no sirve de nada", etc. El significado era: "De nada sirve esforzarse, hacer sacrificios, tratar de conquistar cariño, porque de todos modos no me comprenden". Los niños de corta edad tienen una experiencia sumamente trágica: al no poder expresar en palabras sus deseos y necesidades, recurren en alguna forma al adulto para que los comprenda; los adultos, tal como están las cosas, son incapaces de sentir lo que pasa en el niño; éste trata y trata en vano de hacerse comprender; por último, abandona la lucha por la comprensión y se resigna: "No sirve". El pasaje de la plena experiencia viva a la desolación interior es provocado en general por las severas decepciones amorosas. Sin embargo, esto aún no explica el mecanismo de este congelamiento interior.

Muy a menudo, esta condición de congelamiento es motivada y mantenida por el temor al contacto con las cosas, las experiencias y la gente; el núcleo de este temor es el miedo al contacto orgásmico, adquirido por lo común en relación con la masturbación infantil. No puede caber duda: *el núcleo del temor al contacto psíquico auténtico, inmediato, con la gente y el mundo en general, es el temor al contacto orgásmico*. Eliminar tal angustia de orgasmo es la tarea más importante y asimismo la más difícil del análisis del carácter. Vemos una y otra vez que los pacientes, por liberados que estén de sus fijaciones infantiles, vuelven a caer de inmediato en su antiguo estado neurótico cuando deben afrontar la tarea de establecer contacto genital orgásmico, cosa imposible sin eliminar la angustia de orgasmo. Esta fase, circunscrita en forma más o menos marcada, aparece en todo análisis del carácter correctamente desarrollado. Se distingue por las siguientes manifestaciones: superficialidad de las comunicaciones analíticas, sueños y fantasías de caídas, aumento de la reserva, evitar el tema de los deseos genitales, aumento de las ideas de desintegración corporal (que cabe distinguir de las ideas de castración), recaída en síntomas anteriores, huida ante las relaciones sexuales y de otra índole con el mundo, reactivación de las modalidades infantiles de reacción, repetición de la sensación de vaciedad, etc. En esta fase, es necesario un análisis sumamente exacto de las actitudes y sensaciones existentes durante la masturbación y el acto

² Cf. Nota anterior, pág. 289.

sexual. Se encuentra entonces que los pacientes inhiben en una u otra forma el aumento de excitación. Así por ejemplo, no admiten tal aumento; perturban la excitación mediante movimientos rápidos, espasmódicos; atiesan la musculatura pélvica sin tener conciencia de ello; a menudo se mantienen inmóviles ante la aproximación de las sensaciones orgásticas, en lugar de permitir que la excitación crezca con un ritmo espontáneo. La eliminación de la inhibición orgástica es sumamente difícil cuando no está presente ninguno de los indicios que se acaban de mencionar, y la excitación simplemente se extingue.

Una actitud asombrosa en el acto sexual y que por lo común se pasa por alto, es la siguiente: en el contacto preorgástico total, existe un impulso vegetativo espontáneo hacia los movimientos de fricción; en presencia de la angustia de orgasmo y la falta de contacto psíquico, este impulso siempre falta. El ritmo de fricción blando, espontáneo, inducido por las sensaciones de contacto, es reemplazado entonces por una fricción forzada, voluntaria, más o menos violenta, en un intento de superar la falta de contacto y producir una descarga a pesar de la inhibición. Por esta razón, es imposible poner al descubierto y eliminar el temor al contacto genital mientras este modo de fricción no pierda su carácter de defensa contra las sensaciones orgásticas. Por lo general, los pacientes se resisten firmemente a abandonar este modo de fricción y entregarse al modo vegetativo. Evitan con ello verse abrumados por la experiencia orgástica.

En términos generales, entonces, un correcto y exitoso análisis del carácter se caracteriza por tres fenómenos:

1. Rotura cabal de la coraza;
2. pleno desarrollo del temor al contacto orgástico; y
3. completa superación de la inhibición orgástica y establecimiento del movimiento involuntario, falto por completo de inhibiciones, en el momento del acmé.

El rápido y completo cambio en el comportamiento general, en el sentido de una motilidad vegetativa que fluye con libertad, compensa ampliamente el esfuerzo involucrado por una correcta concentración de la excitación en la angustia de orgasmo y su superación.

7. CONTACTO SUSTITUTIVO

Cuanto más extensa la supresión de la motilidad vegetativa en el niño, tanto más difícil será para el adolescente desarrollar las relaciones con el mundo que correspondan a la edad de la adolescencia —relaciones con los objetos amorosos, con el trabajo y con la realidad en general—, y tanto más fácilmente se retraerá el adolescente a un estado de resignación sin contacto, y de contactos substitutivos no naturales. El análisis del carácter demuestra que la mayoría de las oficialmente denominadas “características de la pubertad” son el efecto artificial de suprimir la vida amorosa natural. Esto se aplica por igual a los ensueños diurnos y a los sentimientos de inferioridad. Estos últimos no son una mera expresión de ideales demasiado elevados y de una inferioridad imagi-

nada, sino que corresponden a una contradicción concreta en la estructura: el sentimiento de inferioridad es la percepción interior del abismo entre la realización efectiva, sexual y social, por una parte, y las capacidades y posibilidades latentes, paralizadas por la inhibición de la motilidad vegetativa, por la otra. La mayoría de la gente es en verdad mucho menos potente de lo que se ve a sí misma en sus ensueños diurnos, y al mismo tiempo está dotada de capacidades mucho mayores de lo que expresa en la acción. Esta grotesca contradicción en la estructura del hombre moderno, es un resultado de la destructiva regulación social de la sexualidad, a la cual ese hombre se halla sometido. Eliminar esta contradicción será una de las tareas más importantes de un nuevo orden social, pues el poder productivo, “el poder de trabajo”, depende sobre todo de que la realización efectiva sea igual a la capacidad latente, y esto significa el restablecimiento de la motilidad vegetativa.

Este estado se torna psíquicamente intolerable y socialmente perjudicial. El aparato psíquico protesta contra él y trata de solucionarlo de diversas formas. No discutiremos aquí los síntomas neuróticos tal como resultan de la estasis sexual. Lo que nos interesa son las funciones caracterológicas formadas en esta lucha. Una vez más o menos destruido el contacto vegetativo inmediato con el mundo, de modo que el resto no basta para mantener las relaciones con ese mundo exterior, se desarrollan funciones substitutivas, es decir, intentos de establecer un *contacto substitutivo*. Algunos ejemplos clínicos mostrarán qué es lo que debe considerarse como contacto substitutivo, por oposición al contacto vegetativo inmediato. La dificultad estriba en que el contacto substitutivo también se basa en la energía vegetativa. No obstante ello, las diferencias son mucho más importantes que este factor común. El comportamiento del carácter pasivo-femenino, por ejemplo, se basa en excitaciones anales, pero esto representa un contacto substitutivo que ha reemplazado el contacto natural, imposibilitado por la frustración. Al crecer, el joven debiera luchar, por ejemplo, contra la dominación y autoridad de su padre, debiera independizarse y desarrollar sus propias capacidades. Pero no tiene a su alcance la agresión necesaria para tal cosa, pues la ha reprimido. A fin de conservarla sujeta a esa represión, el joven desarrolla sus modos pasivo-femeninos de conducta; ahora, en lugar de dominar el mundo con una agresión sublimada, trata de asegurar su existencia mediante la adaptación neurótica, aunque ésta involucre los más grandes sacrificios personales. La actitud sádica ante el hombre, propia de la mujer compulsiva, tiene no sólo la función de esquivar la genitalidad de ésta, sino también compensar la resultante falta de contacto libidinal, y mantener el contacto con el objeto amoroso original, si bien en forma distinta. Análogamente, el afecto artificial y exagerado entre los cónyuges representa un contacto substitutivo debido a la falta de auténtica relación sexual. La conducta neuróticamente agresiva de las personas quejosas es no sólo una defensa contra las tendencias pasivo-femeninas hacia el hombre, o contra tendencias genitales naturales hacia la mujer, sino también un intento de permanecer en contacto con el mundo a pesar de la falta de contacto vegetativo inme-

diato. El comportamiento masoquista no sólo es la expresión de una defensa contra la agresión sádica, sino también un sustituto de la expresión directa de amor, expresión de la cual es incapaz el carácter masoquista.

Una vez que hemos captado la diferencia entre las manifestaciones del contacto vegetativo inmediato, libre, y las del contacto secundario, artificial, fácil resulta apreciar estas últimas en la vida cotidiana. Doy a continuación algunos ejemplos de comportamiento no auténtico: risa demasiado estridente, molesta; apretón de manos forzado, rígido; afabilidad tibia, uniforme; ostentación narcisista de conocimiento superficial; expresión estereotipada, carente de significado, de sorpresa o deleite; adhesión rígida a determinados puntos de vista, planes u objetivos; modestia ostentosa en la conducta; gestos de grandiosidad en la conversación; búsqueda infantil del favor de los demás; jactancia sexual; cabriolas con encantos sexuales; coquetería indiscriminada; sexualidad promiscua y, desde el punto de vista de la economía sexual, nada sana; conducta exageradamente altanera; conversación afectada, patética o exageradamente refinada; comportamiento dictatorial o condescendiente; comportamiento exageradamente jovial; conversación rígida; comportamiento rufianesco o lascivo; risas sexuales y conversación sucia; donjuanismo; desasosiego. De manera análoga, los movimientos que acompañan expresan a menudo, además de tendencias narcisistas, un contacto substitutivo: acomodarse el cabello en forma brusca, golpearse con frecuencia la frente de manera típica, mirar sugestivamente en los ojos a nuestro interlocutor, oscilación forzada de las caderas, caminar atlético forzado, etcétera.

En términos generales, podemos decir que cuando una actitud se destaca en la personalidad total como si estuviese aislada o en conflicto con esa totalidad, se trata de una función substitutiva que oculta una falta de contacto de mayor o menor profundidad. La experiencia carácter-analítica sugiere que los rasgos de carácter popularmente considerados “malos”, “desagradables” o “perturbadores”, son por lo común idénticos al comportamiento neurótico, y lo mismo cabe decir de las actitudes que gobiernan la vida de la llamada “mejor gente”, quienes consideran la forma más importante que el contenido. A la inversa, la mayor parte de lo que popularmente se denomina “sencillo”, “natural”, “simpático”, “atractivo”, etc., se identifica con el comportamiento no neurótico del carácter genital. (“Neurótico” significa aquí un estado resultante de la represión de un impulso, el cual continúa existiendo como resultado de una contracatexis que consume energía.)

Una y otra vez nos impresiona la doble vida que se ve obligada a llevar la gente. Su actitud exterior, distinta según su posición social, es una formación artificial en constante conflicto con la naturaleza verdadera, vegetativamente determinada, de la persona, y a menudo la encubre sólo en forma insuficiente. El más imponente agente de policía, el hombre de ciencia más refinado y reservado, la elegante e irreprochable dama de sociedad, el “cumplidor” funcionario que trabaja como una máquina, todos ellos se revelan como individuos básicamente inofensi-

vos, dotados de los anhelos, angustias y odios más sencillos. Destacar lo que antecede es tanto más importante en vista del increíble respeto que estas máscaras caracterológicas exigen de parte del "hombre común".

En términos caráctero-analíticos, la diferencia entre el ritmo sexual natural y el inventado *sex-appeal*, entre la dignidad natural y artificial, entre la vergüenza auténtica y artificial, entre el ritmo muscular vegetativo y el balancear las caderas al tiempo que se echan atrás los hombros, entre la fidelidad debida a la gratificación sexual y la fidelidad por miedo y sentimiento de culpa, etc., es igual a la diferencia entre una estructura capaz de evolucionar y una estructura conservadora, entre una vida realmente viva y una vida de vacíos substitutos. Encontramos aquí un acceso a la base psíquico-estructural de las ideologías y las prácticas sociales.

En la ideología de todas las organizaciones sociales autoritarias, la vida vegetativa se contrapone, como primitiva y animal, a la vida substitutiva, "cultural" y altamente diferenciada. En realidad esta última, al estar divorciada de lo vegetativo y no ser por ello su continuación sino un substituto, es improductiva, es un conjunto de formas y fórmulas rígidas, infructuoso como una planta seca. En cambio la vida vegetativa, al carecer de las rigideces e inmovilizaciones crónicas de energía, posee infinitas posibilidades de desarrollo. No son las formaciones substitutivas las creadoras de la cultura, sino todo el progreso derivado de los restos del contacto vegetativo inmediato con el mundo. Es fácil ver entonces cuán enormes las fuerzas que esperan desarrollarse cuando sea posible liberar las estructuras humanas de sus funciones substitutivas y devolverles la contigüidad de su relación con la naturaleza y la sociedad. Esto no podría tomar la forma de una nueva religión, por ejemplo de un nuevo tipo de movimiento yoga en el cual la gente "practicaría la función del contacto inmediato". No, tal cambio en la estructura presupondría un cambio en el orden social, lo cual resulta incomprendible para quienes siguen las prácticas místicas.

Dado que se niega al hombre, como único ser humano, la realización de sus demandas naturales y puesto que en último análisis la base de la necesidad de vivir en relación social es de índole vegetativa, el contacto substitutivo que aquél establece es sólo un compromiso entre la voluntad de vivir y el temor socialmente condicionado a la vida. A diferencia del contacto vegetativo inmediato, el contacto substitutivo posee una estructura análoga a la del síntoma neurótico: es una función substituta de alguna otra cosa, sirve a fines defensivos, absorbe energía, y es un intento de armonizar fuerzas conflictivas. Tal como en el síntoma, el resultado de la realización no guarda proporción con la energía gastada. El contacto substitutivo es pues una de las numerosas manifestaciones de una economía sexual perturbada, tanto en el plano social como en el personal. Como la función del contacto substitutivo ha permanecido en la ignorancia y como sus manifestaciones han adoptado la forma de la tradición, se las ha llegado a considerar como dadas en forma natural y como inalterables. No obstante ello, en cuanto fenómenos sociales y elementos de la estructura humana, estas manifestaciones del contacto

substitutivo constituyen una estructura histórica; es decir, se han desarrollado de una manera definida y puede modificárselas. Cuando viajamos en un tren y éste no marcha del todo bien, vacilamos en dejarlo antes de contar con otro mejor que nos lleve a nuestro destino; no sólo desarrollamos cierta inercia peculiar acerca del tren, sino también ilusiones. Análogamente, resulta claro que la idea de una economía sexual ordenada debe llegar a ser conciencia tan general como lo es ahora la idea de la inalterabilidad de una economía sexual perturbada; sólo entonces se liberarán las fuerzas suficientes para reemplazar una forma de vida por otra.

Si la vida del hombre es hoy una vida substitutiva, si su trabajo es una obligación forzada, su amor un amor substitutivo y su odio un odio substitutivo; si la disolución de la coraza caracterológica por medio del análisis del carácter destruye estas funciones substitutivas; si esta estructura humana, que funciona principalmente en forma reactiva, es el resultado y la base indispensable del orden social actual, el lector se preguntará: ¿Qué es lo que ocupa el lugar de este tipo de funcionamiento psíquico una vez finalizado con buenos resultados un análisis del carácter? ¿Cuál es entonces la relación entre realización social y sexualidad? Son éstos dos interrogantes de difícil respuesta, e involucran una gran responsabilidad. La formulación que el análisis del carácter hace del "carácter neurótico" y el "carácter genital", ha suministrado algunas respuestas. Sin embargo, la exploración del individuo sano se encuentra sólo en sus comienzos; además, tropieza con la más firme resistencia por parte de un mundo fundamentado en un orden moralista y autoritario. Este orden, con todas sus instituciones y normas éticas, se opone estrictamente a toda estructura psíquica no caracterizada por la regulación moralista sino por la autorregulación económico-sexual, cuyo trabajo no surge de la obligación sino del interés objetivo, cuyas fuentes vegetativas se hallan en libre contacto con el mundo. Una de las tareas teóricas y prácticas más difíciles será aplicar el conocimiento conquistado en la modificación carácter-analítica de la estructura individual, a la modificación de la estructura de la colectividad, mediante la educación colectiva.

8. LA REPRESENTACIÓN PSÍQUICA DE LO ORGÁNICO

a) *La idea de "estallar"*

El hecho de que los estados biofisiológicos se reflejen o representen en los modos psíquicos de la conducta, concuerda perfectamente con el sistema de nuestro conocimiento acerca de las relaciones psicofísicas. Existe, con todo, un hecho peculiar todavía muy oscuro: el lenguaje, al igual que la percepción de la conducta de los demás, presenta *inconsistentemente* el respectivo estado fisiológico y no lo hace sólo en forma figurativa sino de una manera *inmediata*. Así por ejemplo, la experiencia analítica revela que si se califica a alguien de "inaccesible" y "duro", es también muscularmente hipertónico. Si muchos pacientes se sienten "enlodados" o "sucios", el análisis revela que sus caracteres contienen

una gran proporción de elementos anales. Si el carácter genital recibe las calificaciones de “libre”, “flúido”, “inmediato”, “relajado” y “natural”, esto corresponde en un todo a la estructura biofísica de su aparato vegetativo. Si alguien es “falso”, “no auténtico”, el análisis revela un predominio de contactos substitutivos y una falta casi completa de libido genital libre. Esta peculiar vinculación entre la percepción del estado vegetativo y su formulación lingüística merece un estudio detallado; estudiaremos aquí uno solo de sus aspectos.

Los pacientes viven como una amenaza el ataque que el análisis del carácter lleva contra sus corazas. Es por eso que la situación analítica se vincula siempre con el temor al daño corporal (angustia de castración); la victoria del análisis del carácter llega a ser temida como una catástrofe corporal. Desde el punto de vista intelectual, el paciente desea el éxito del ataque que le amenaza, desea la rotura de su rigidez psíquica. Es decir, desea algo que, al mismo tiempo, teme intensamente. La rotura de la coraza caracterológica no sólo se teme como una catástrofe; existe además el temor de perderlo todo. Así, el simultáneo deseo y temor de la misma cosa se convierte en una resistencia típica. Lo que entendemos aquí no es la actitud del yo hacia un impulso, sino hacia la ayuda esperada de parte del analista. Mientras no se logra romper la coraza caracterológica, el paciente es incapaz de asociar libremente, ni de experimentarse de manera viva. Así pues, espera que de alguna manera mágica el analista lo haga todo por él; adopta una actitud pasiva que, con todo, posee un contenido totalmente activo. Vale decir, el paciente moviliza sus tendencias *masoquistas* y las pone al servicio de su resistencia. El contenido psíquico de la resistencia es el siguiente: “Usted no me ayuda, usted no me comprende, usted no me quiere; le obligaré a ayudarme con mi terquedad y mis reproches secretos”. Sin embargo, en realidad el paciente hace a un lado toda influencia del análisis. Estas situaciones encontraron por último su explicación en una situación peculiar: *la destrucción de la coraza, la penetración en los secretos inconscientes del paciente, se vive inconscientemente como un proceso de ser abierto en dos o de ser obligado a estallar*. Es fácil comprender que se desarrolle plenamente, a este respecto, la fantasía pasivo-temenina de ser atravesado o perforado, tanto en hombres como en mujeres. En particular, se presenta la siguiente variación de esta fantasía inconsciente. Faltándole la confianza genital en sí mismo, el paciente se siente impotente. Construye entonces la fantasía de que el analista le presta su potencia, su capacidad de realización, en última instancia su pene. Subrayando esta fantasía se encuentra a menudo la idea de que mientras el paciente tiene relación sexual con una mujer, el analista introduce su pene en el ano de aquél, llenándole y fortaleciéndole el propio pene, e infundiéndole potencia. Esta fantasía inconsciente explica la identificación con el analista y la demanda llena de reproches de ser ayudado; al mismo tiempo, explica la resistencia a aceptar esta ayuda, pues su significado inconsciente es el de una herida, el de ser atravesado por algo.

Como sabemos, la tendencia masoquista se basa en que el paciente no puede producir por sí mismo un relajamiento fisiológico, pues experimenta como peligro de estallar el aumento de excitación placentera. Sin embargo, como por razones naturales desea intensamente esta situación, desarrolla la actitud de esperar y exigir ayuda de alguna otra persona para obtener el relajamiento; puesto que este relajamiento significa al mismo tiempo estallar, se lo teme y se trata también de evitarlo. No descubrimos este estado de cosas hasta que aparecen las primeras sensaciones orgásticas en el genital. Hasta ese momento permanece oculto, y sigue siendo totalmente incomprensible para los psicoanalistas que no han adquirido la técnica necesaria para establecer la capacidad de excitación orgástica.

Esos descubrimientos clínicos nos conducen a una cuestión importante. La sensación de fundirse o de desintegrarse es sin duda alguna una expresión de las excitaciones que tienen lugar en los sistemas muscular y vascular durante el orgasmo. La eyaculación, como tal, es análoga al proceso que podemos provocar pinchando una vejiga completamente llena. Los pacientes con angustia de orgasmo temen ese proceso. La cuestión es, pues, cómo es posible que una función fisiológica encuentre una representación tan inmediata en el comportamiento psíquico. Sinceramente, no lo sé. Pero poner en claro este interrogante significará un gran paso adelante en nuestra comprensión de las relaciones entre funciones fisiológicas y psicológicas. Por el momento, permanece en la obscuridad.¹ Pero esta observación clínica nos lleva a otro problema de gran importancia: ¿Cómo se representa psíquicamente la idea de la muerte?

b) Sobre la idea de la muerte

El problema de la representación psíquica de los procesos biofisiológicos se cruza en ciertos puntos con la cuestión de la existencia de una voluntad de morir. Se trata de un campo no sólo sumamente inaccesible, sino también sumamente peligroso pues aquí, más que en cualquier otra parte, la especulación prematura cierra el camino hacia la investigación objetiva concreta. La teoría del instinto de muerte es, como hemos dicho, un intento de explicar con una fórmula metafísica manifestaciones imposibles de explicar en el estado actual de nuestro conocimiento y nuestro método. Como cualquier otro concepto metafísico, la teoría del instinto de muerte debe contener algún núcleo racional; pero es difícil descubrirlo pues su mistificación nos envuelve en suposiciones erróneas. La teoría del masoquismo primario sostiene que la voluntad de sufrir y morir está biológicamente dada en el llamado principio del Nirvana. La investigación económico-sexual sobre los mecanismos creadores e inhibidores de placer conduce en cambio

¹ Nota de 1945: Esta suposición se confirmó tres años después: los experimentos bioeléctricos acerca del placer y la angustia, demostraron que *la intensidad de la sensación es funcionalmente idéntica a la cantidad de excitación bioenergética.*

a la teoría del orgasmo. Compendiaré aquí los descubrimientos preliminares, tal como fueron presentados en "El carácter masoquista".²

1. El masoquismo, concebido erróneamente como un impulso hacia el displacer, más allá del principio del placer, es una formación neurótica *secundaria*; puede ser analíticamente disuelto en sus partes componentes y en consecuencia no constituye un hecho biológico primario. En su "nueva" teoría de las neurosis, Rado reduce toda la angustia a una "irrupción del masoquismo primario". Esto revela no sólo una comprensión equivocada de la teoría de la libido, sino el mismo error cometido antes por Adler: detenerse con una explicación allí donde el problema realmente comienza. La cuestión es *cómo puede el organismo vivo desear la experiencia del displacer o del aniquilamiento*.

2. El aparente impulso hacia el displacer se debe al hecho de que un impulso original hacia el placer se encontró con un tipo definido de frustración. En sus esfuerzos por el placer, el paciente choca una y otra vez contra la situación fija de frustración; *parece como si se esforzara por esta situación, aunque en realidad trata de alcanzar un objetivo placentero, oculto detrás de aquélla. El sufrimiento del masoquista es, entonces, algo dado objetivamente*; esta distinción es de importancia primordial.

3. El masoquista sufre de una perturbación específica del mecanismo del placer, lo que se pone de manifiesto sólo con la disolución carácter-analítica de la coraza psíquica. La perturbación es la siguiente: como resultado de espasmos musculares, el paciente experimenta el aumento de sus sensaciones orgásticas más allá de cierta medida, como desagradables y como un peligro de "disolverse". La descarga orgástica se vive como una explosión, desintegración o fusión en el sentido físico, y por esta razón se la evita. La fantasía de ser castigado cumple la función de obtener el relajamiento anhelado y al mismo tiempo temido, de obtenerlo sin culpa pues es producido por alguna otra persona que resulta, entonces, responsable de él. Esto puede encontrarse en todos los casos de masoquismo erógeno. La producción de un peligro menor para evitar uno mayor, es sólo un mecanismo intermedio.

4. Si como resultado de una inhibición externa del impulso hacia el placer, la realidad exterior e interior se ha convertido en situación exclusivamente desagradable, el organismo sigue aún así el principio del placer-displacer, aunque con ello se destruya a sí mismo. El suicidio de los melancólicos, por ejemplo, es sólo el último de los medios posibles para liberarse de la tensión dolorosa.

La investigación clínica del masoquismo condujo pues a formulaciones que no se apartan del principio del placer-displacer o de nuestro conocimiento general de las funciones psíquicas. Pero quedaba sin resolver una serie de cuestiones, en especial la del temor a la muerte y la de la idea de la muerte. El análisis del carácter revela que el "instinto de muerte" es resultado de una inhibición biopsíquica y que nada existe que pueda denominarse masoquismo primario. Más aún, parece

² Cf. supra, pág. 179.

injustificado hablar del masoquismo como de un impulso especial que tiende hacia el displacer. Sin embargo, se presentaron otras complicaciones relacionadas con estos problemas.

En mi búsqueda de hechos que tornaran comprensible el “principio del Nirvana”, encontré en mis pacientes un impulso a la disolución, a la inconciencia, a la no-existencia; en otras palabras, el material psíquico que parecía confirmar la existencia de un impulso auténtico y original hacia la muerte. Siempre he estado dispuesto a revisar mi posición en lo referente al instinto de muerte, y a mostrarme de acuerdo con mis oponentes si el material clínico así lo impusiera.

Pero mi asidua búsqueda de material clínico que demostrara la teoría del instinto de muerte, fué vana. Precisamente cuando comenzaba a vacilar en mi estricta refutación de la teoría, encontraba un nuevo argumento incontrovertible *contra* ella. Para comenzar, asombra ver que este intenso impulso hacia la disolución, etc., aparecía en la mayoría de los casos al final del tratamiento, esto es, en una época en que los pacientes debían superar su angustia de orgasmo. Por supuesto, esto movía a confusión. Además, esta tendencia aparecía muy pocas veces en masoquistas y con particular frecuencia en pacientes que presentaban pocos mecanismos masoquistas, pero que habían desarrollado en alto grado los mecanismos genitales. Esto aumentaba la confusión. Pues por qué en estos pacientes, precisamente a punto de mejorar, que tampoco mostraban reacción terapéutica negativa alguna, es decir, no mostraban “necesidad inconsciente de castigo”, por qué se expresaría en ellos el instinto de muerte en forma tan marcada.

Al revisar antiguos conceptos teóricos, encontré un pasaje de mi libro *Die Funktion des Orgasmus*, el cual me demostró que ya en 1926 había yo señalado un hecho clínico que ahora encontraba explicación satisfactoria. Mencionaba allí el hecho peculiar de que la angustia de orgasmo aparezca tan a menudo bajo la máscara del temor a la muerte, y que en muchos individuos neuróticos la idea de la plena gratificación sexual va asociada a la idea de morir.

Un típico ejemplo clínico revelará el hecho en general pasado por alto en este punto. Es necesario volver a señalar que un control de estos fenómenos clínicos es imposible sin aplicar la técnica carácter-analítica, que libera plenamente las excitaciones vegetativas. Una paciente histerica desarrolló hacia la conclusión de su tratamiento, algún tiempo después de la rotura de su coraza, una intensa angustia genital. En sus fantasías, el acto sexual era una herida que infligía a su vagina; desarrolló la idea de que un pene muy grande se introducía en su vagina demasiado pequeña y la hacía reventar. Estas fantasías se basaban en aprensiones provenientes de la más temprana infancia, vinculadas con el juego sexual. En la medida en que su angustia genital fué disolviéndose, la paciente comenzó a tener sensaciones orgásticas en el genital y los muslos, sensaciones hasta entonces desconocidas para ella. Las describió como “corrientes”, “flujos”, “sentimientos de dulzura” y por último como una exquisita sensación placentera de *derretirse*. No obstante, subsistía un resto indefinible de angustia genital. Un día comenzó a

fantasear con un médico que deseaba someterla a una dolorosa operación, y a este respecto recordó el violento temor a los médicos que sintiera a los dos o tres años de edad. Se trataba claramente de un impulso genital, cargado de angustia, hacia el analista, apartado mediante el temor infantil a la operación genital. La paciente dijo: "Es maravilloso, una se disuelve, muere, una logra finalmente la paz". Fantaseó de manera casi extática las sensaciones que se experimentan bajo los efectos de la anestesia general. Los sentimientos que se tienen entonces, decía, eran los de perderse, de "confundirse con el mundo", de oír sonidos "y sin embargo no oírlos", de retraerse dentro de uno mismo y derretirse. Nadie podría desear una descripción más adecuada del "instinto de muerte". El análisis ulterior, sin embargo, reveló la verdadera función de este extraño comportamiento. Gradualmente, las fantasías se hicieron más concretas y pusieron de manifiesto en forma clara dos series distintas, una placentera y otra desagradable. El contenido de las fantasías desagradables era un requisito previo para la realización de las primeras. Lo que surgía de una experiencia desagradable, hacia la cual tendía en forma masoquista, consistía en verdad de dos partes. La fantasía cargada de angustia era en sí misma la siguiente: "El médico saca algo de mi genital". La oculta fantasía placentera era: "En cambio, me da un genital mejor, un genital masculino". A fin de comprender esto, debe mencionarse que la paciente tenía un hermano dos años mayor, cuyo genital envidiaba sobremanera. Abrigaba la idea de que una mujer no puede obtener tanto placer como un hombre; por este motivo, quería deshacerse de su genital y obtener en cambio uno masculino. A lo que aspiraba era en realidad al placer orgástico más intenso posible; para esto, creía, se necesitaba un genital masculino. *Sin embargo, experimentaba las sensaciones orgásticas con los mismos sentimientos con los cuales expresaba su impulso hacia la muerte.* Tanto el orgasmo como la muerte estaban representados por la disolución, por el perderse, por el disolverse; así, la misma cosa podía ser objeto de un impulso intenso y también de un miedo intenso. Esta asociación de las ideas de orgasmo y de morir es un fenómeno general. *El impulso hacia el no existir, hacia el Nirvana, hacia la muerte, es pues idéntico al impulso hacia la liberación orgástica, es decir, hacia la manifestación más importante de la vida.* No puede haber idea de muerte derivada de la muerte real del organismo, pues una idea puede presentar sólo aquello ya experimentado, y nadie ha experimentado su propia muerte. Las ideas de muerte y de morir, tal como las vemos en el análisis, son de dos tipos. O bien se trata de ideas de severos daños, de la destrucción del organismo psicofísico, en cuyo caso van acompañadas de severa angustia y se agrupan alrededor de la idea de castración genital, o bien son ideas de plena gratificación orgástica y de placer en forma de disolución corporal, de fundirse, etc.; en este caso se trata básicamente de ideas con un objetivo sexual. En circunstancias específicas, como sucede en el masoquista, la sensación orgástica se experimenta con angustia; entonces encontramos —en casos extremadamente raros y por paradójico que esto pueda parecer a los teóricos del instinto de muerte— un deseo de Nirvana. Es

decir, son precisamente los masoquistas en quienes las ideas de muerte se hallan desarrolladas en escasa medida, al igual que la angustia estática.

Sólo ahora, al cabo de unos doce años de comenzar a establecer las marcadas diferencias entre la teoría metafísica del instinto de muerte y la teoría clínica del orgasmo, comienza a aclararse el punto esencial: estas dos concepciones antitéticas tuvieron su punto de partida en la reacción terapéutica negativa del paciente ante la interpretación directa de síntomas. Ambas tendieron a seguir una dirección biofisiológica. La primera desembocó en la suposición de un deseo absoluto de sufrimiento y de muerte; la segunda abrió un nuevo camino al estudio de los problemas carácter-analíticos, fisiológicos y psicofisiológicos. Quizá un día los descubrimientos relativos a los procesos vitales *per se* pongan término a la difícil lucha por la correcta comprensión de los hechos subyacentes en estas teorías. Hasta aquí, lo siguiente es seguro: lo que la teoría del instinto de muerte trató de presentar como una disolución de la vida es precisamente lo que la investigación del orgasmo, en medida cada vez mayor, comienza a comprender como la esencia misma de la materia viviente.³ Siendo esta disputa básicamente de índole biológica, no será dilucidada en el dominio de la psicología. No se trata ciertamente de una disputa sobre bagatelas, y mucho depende de su resultado; es una disputa sobre una cuestión decisiva para la ciencia natural, la cuestión relativa a la esencia y a la función del impulso al relajamiento inherente en todo lo vivo, algo hasta ahora subsumido en el vago concepto del "principio de Nirvana".⁴

9. PLACER, ANGUSTIA, CÓLERA Y CORAZA MUSCULAR

En el análisis del carácter, encontramos la función de la coraza también bajo la forma de actitudes *musculares* fijadas crónicamente. La identidad de estas funciones puede comprenderse sólo a base de un principio: la *coraza de la periferia del sistema biopsíquico*.

La economía sexual encara estos problemas desde el punto de vista de la función psíquica de la coraza, partiendo de la tarea terapéutica de hacer reconquistar al paciente su motilidad vegetativa. Además de los afectos básicos de sexualidad y angustia, tenemos un tercero, *cólera* u *odio*. También aquí debemos suponer que el lenguaje cotidiano refleja una realidad cuando habla de "hervir, por dentro" mientras el afecto de ira o de odio no encuentra descarga. El supuesto de estos tres afectos básicos cubre, en principio, el dominio afectivo: todas las reacciones afectivas más complicadas derivan de ellos. Queda por demostrar

³ Podríamos pensar aquí, por ejemplo, en la fusión de dos gametos. La vinculación más profunda con las sensaciones orgásticas de fusión es algo que sólo puede ser vagamente imaginado.

⁴ *Nota de 1945*: La significación decisiva del concepto económico-sexual relativo a las ideas de "reventar", "morir", "disolución", etc., no se aclaró hasta el período que va de 1936 a 1940, cuando sobre la base de esta hipótesis se descubrieron los biones y la energía biológica en la atmósfera. Hoy en día sabemos que el temor neurótico a estallar es la expresión de una *inhibida* expansión orgonótica del biosistema.

cómo y en qué medida puede la ira derivar de los destinos definidos que sufren los otros dos afectos.

La sexualidad y la angustia, según hemos visto, pueden comprenderse como dos direcciones opuestas de la excitación. ¿Cuál es entonces la relación funcional entre el odio y los otros dos afectos básicos?

Partamos de los fenómenos clínicos de la coraza caracterológica. Este concepto surgió del estudio de la función dinámica y económica del carácter. En el curso de los conflictos entre necesidad libidinal y temor al castigo, el yo toma una forma definida. A fin de lograr las restricciones libidinales requeridas por la sociedad actual y a fin de dominar la estasis de energía resultante, el yo debe sufrir un cambio. El yo, la parte expuesta de la personalidad, sujeto a la continuada influencia del conflicto entre necesidad libidinal y mundo exterior amenazador, adquiere cierta rigidez, un modo de reacción crónico, de funcionamiento automático, eso que llamamos "carácter". Es como si la personalidad afectiva vistiese una coraza, un rígido caparazón sobre el cual rebotan por igual los golpes del mundo exterior y las demandas internas. Esta coraza disminuye la sensibilidad del individuo al displacer, pero también reduce su motilidad libidinal y agresiva y, con ello, su capacidad para el placer y la realización. El yo se vuelve más rígido, menos móvil; el grado de acorazamiento determina el alcance de la capacidad para regular la economía energética. La medida de esta capacidad es la potencia orgásmica, pues ésta es la expresión inmediata de la motilidad vegetativa. La coraza caracterológica consume energía, pues se mantiene mediante el continuo consumo de energías vegetativas que de otra manera, en condiciones de inhibiciones motrices, crearían angustia. El consumo de energía vegetativa es pues una de las funciones de la coraza caracterológica.]

La disolución de la coraza en el análisis del carácter revela siempre agresión contenida. ¿Pero cómo tiene lugar, concretamente, esta tan mentada contención de la agresión o la angustia? Si el análisis logra liberar la agresión ligada en la coraza, hace su aparición la angustia. Es decir, la angustia puede "convertirse" en agresión, y la agresión en angustia. ¿Estamos aquí frente a una relación análoga a la de excitación sexual y angustia? No se trata de una pregunta fácil de responder.

Para comenzar, la observación clínica pone de manifiesto una serie de hechos peculiares. La inhibición de la agresión y el acorazamiento psíquico van paralelos a un aumento del tono, incluso a una rigidez, de la musculatura. Los pacientes con bloqueo afectivo se acuestan en el diván duros como un tablón, sin movimiento alguno. Es difícil eliminar esa tensión muscular. Si dejamos que el paciente se relaje conscientemente, la tensión muscular se ve reemplazada por el desasosiego. En otros casos, los pacientes realizan diversos movimientos inconscientes y cuando se les hace interrumpirlos, aparecen de inmediato sensaciones de angustia. Observaciones como éstas condujeron a Ferenczi, con buena intuición, a desarrollar su "técnica activa". Ferenczi comprendió que la inhibición de las reacciones musculares crónicas aumentaba la tensión. Si bien esto es correcto, no se trata de un mero cambio cuantitativo en la excitación. Se trata más bien de una identidad funcional entre la

coraza caracterológica y la hipertensión muscular. *Todo aumento de tono muscular en dirección a la rigidez indica que ha sido ligada una excitación vegetativa, una angustia o la sexualidad.* Muchos pacientes logran eliminar o al menos mitigar las sensaciones genitales o las sensaciones angustiosas, mediante la inquietud motriz. Esto nos recuerda el gran papel desempeñado por la inquietud motriz en los niños, como descarga de energía.

Muy a menudo, el estado de tensión muscular es diferente *antes* de la solución de una represión aguda, y *después* de ella. Cuando los pacientes se hallan en un estado de resistencia aguda, es decir, cuando tratan de impedir que una idea o un impulso llegue a la conciencia, sienten a menudo una tensión, por ejemplo en la cabeza, los muslos o las nalgas. Después de superada la resistencia, se sienten de pronto relajados. En tal situación, un paciente dijo: "Me siento como si hubiese tenido una gratificación sexual".

Según sabemos, todo recuerdo de un contenido ideativo reprimido trae un alivio psíquico que no significa pese a ello una cura. ¿De dónde proviene el alivio? Solíamos decir que se trata de una descarga de energía psíquica previamente contenida. La tensión y el alivio psíquico no pueden existir sin una representación somática, pues tensión y relajamiento son procesos biofísicos. Hasta ahora, hemos transferido estos conceptos al dominio psíquico. Esto era correcto, salvo que no se trata de "transferir" el concepto fisiológico al dominio psíquico, no se trata de una analogía, sino de una verdadera identidad, la identidad de las funciones psíquica y somática.

Todo neurótico sufre una distonía muscular y toda cura se refleja directamente en un cambio de hábito muscular. Esto se observa con suma facilidad en el carácter compulsivo. La rigidez muscular de éste se expresa en torpeza, movimientos arrítmicos, en particular en el acto sexual, en una falta de expresión mimética, una típica rigidez de la musculatura facial que a menudo produce una impresión de máscara. Existe, y es típico de este carácter, una profunda línea entre la base de la nariz y la comisura labial, y cierta expresión rígida en los ojos, resultante de una rigidez en los músculos de los párpados. La musculatura de las nalgas es siempre tensa.

Si bien el típico carácter compulsivo desarrolla una rigidez muscular general, hallamos en otros pacientes una rigidez en ciertas regiones, combinada con flaccidez (hipotonía) en otras regiones. Esto es frecuente, en particular, en los caracteres pasivo-femeninos. La completa rigidez del estupor catatónico corresponde a un acorazamiento psíquico completo. Esto se explicará de ordinario por perturbaciones de las inervaciones extrapiramidales. Se sobrentiende que los tractos nerviosos intervienen en los cambios de tono muscular, pero debe quedar igualmente en claro que esas inervaciones son sólo la expresión de una perturbación general de la función. Es ingenuo creer que encontrando la inervación o su trayectoria se explica algo.

La rigidez psíquica de los postencefalíticos no es en manera alguna una "expresión" o un resultado de su rigidez muscular; por el contrario,

la rigidez muscular y la rigidez psíquica constituyen juntamente el indicio de una perturbación en la motilidad vegetativa del sistema biológico total. Queda sin responder la cuestión de si la perturbación de la inervación extrapiramidal no es en sí misma resultado de un factor primario que no se hace sentir en los órganos terminales sino en el aparato vegetativo mismo. La neurología mecanicista explica un espasmo del esfínter anal, por ejemplo, partiendo de la excitación continua de los nervios correspondientes. Aquí, la diferencia entre una concepción mecanicista-anatómica y una concepción funcional se demuestra con toda facilidad: la economía sexual concibe los nervios sólo como transmisores de la excitación vegetativa general.

El espasmo del esfínter anal, que conduce a una serie de estados intestinales serios, resulta de un temor infantil a la defecación. La explicación de que se debe al placer vinculado al hecho de retener las heces es incompleta, por no decir otra cosa. La retención muscular de las heces es el prototipo de la represión en general y es su paso inicial en la esfera anal. En las esferas oral y genital, la represión se representa muscularmente como un endurecimiento de la boca, un espasmo de la garganta y el pecho, y una tensión crónica de la musculatura pélvica.

El requisito indispensable para disolver las fijaciones orales en general, es liberar la excitación vegetativa de su fijación en las tensiones de la musculatura de la cabeza, cuello, garganta, etc. Ni el recuerdo de las experiencias orales ni la discusión de la angustia genital pueden reemplazarla. Sin ella, podemos obtener los recuerdos, mas no las correspondientes excitaciones. Estas se hallan por lo común bien ocultas. Escapan fácilmente a la atención, pues están encubiertas en formas de conducta poco ostensibles, al parecer perfectamente naturales, de la persona de que se trata. El mecanismo de los desplazamientos patológicos y fijaciones de las energías vegetativas puede ocultarse en fenómenos como los siguientes: voz débil, que apenas se oye; falta de movimiento bucal al hablar; expresión facial ligeramente parecida a una máscara; ligera indicación de la expresión facial de un lactante; arrugas poco ostensibles de la frente; párpados semicerrados; tensión en el cuero cabelludo; hipersensibilidad latente de la laringe; manera de hablar apresurada, espasmódica; cierta manera de inclinar la cabeza hacia un costado, de sacudirla, etc. Encontraremos que el temor al contacto genital no hace su aparición mientras no se han descubierto y eliminado estos síntomas de la cabeza y de la región cervical. En la mayoría de los casos, la angustia genital se desplaza de abajo hacia arriba y se liga en el tono excesivo de la musculatura del cuello. Así por ejemplo, en el caso de una muchacha joven, el temor a una operación en el genital se expresó en una actitud de la cabeza que, después de haber adquirido conciencia de la misma, la paciente describió como sigue: "Estoy aquí acostada como si tuviese la cabeza sujeta al diván con clavos". Parecía en efecto como si una fuerza invisible que le impedía todo movimiento le sujetara la cabeza hacia abajo.

Nos preguntaremos, con justicia, si estas ideas no se oponen a otro concepto y señalaremos que el aumento de tono muscular es una función

sexual parasimpática; la disminución de tono muscular y la parálisis muscular, una función angustiosa simpática. ¿Cómo es posible entonces —preguntaremos— que el angustiado retener de las heces en el niño, por ejemplo, vaya aparejado a una *contracción* muscular? Durante largo tiempo, me fué imposible resolver esta contradicción. Empero, como sucede siempre con estas dificultades en la exploración de vinculaciones, fué precisamente la objeción lo que llevó a una mejor comprensión.

En primer lugar, era necesario comprender que el proceso de la tensión muscular en la excitación sexual y el mismo proceso en la angustia, no podían ser la misma cosa. En la espera del peligro, la musculatura está tensa, como dispuesta a la acción; piénsese por ejemplo en un ciervo listo para la fuga. En el temor, la musculatura se ve de pronto desprovista de energía (“paralizado de terror”). El hecho de que en el terror puede darse una repentina diarrea como resultado de una brusca parálisis del esfínter anal, concuerda con nuestro concepto de la vinculación entre la angustia y la función simpática. Así pues, podemos distinguir una diarrea simpático-angustiosa en el terror, y una diarrea parasimpática en la excitación sexual. La primera se debe a una parálisis del esfínter (función simpática); la segunda, a un aumento de la peristalsis (función parasimpática). En la excitación sexual, la musculatura se halla en tono, es decir, lista para la acción motriz, para la contracción y el relajamiento. En la espera angustiada, en cambio, la tensión de la musculatura se torna duradera si no va seguida por la actividad motriz. Esta es reemplazada por la parálisis si sigue la reacción de terror, o bien por la reacción de la huida motriz. Pero también puede darse el caso de que no se produzca ninguna de estas dos reacciones. Tenemos entonces un estado que, a diferencia de la parálisis por el terror, podríamos llamar rigidez por el terror (“duro de miedo”). En la parálisis de terror la musculatura se torna flácida, desprovista de energía, mientras el sistema vasomotor, a la inversa, se encuentra en plena excitación: palpitación, sudor y palidez. En la rigidez de terror, en cambio, la musculatura periférica se atiesa, la sensación de angustia falta o es apenas discernible, el individuo está “al parecer calmo”, pero en realidad es incapaz de moverse, incapaz de la huida motriz y también de la huida vegetativa dentro de sí mismo.

Estos hechos ponen de manifiesto lo siguiente: *la rigidez muscular puede tomar el lugar de la reacción vegetativa de angustia*, en otras palabras, la misma excitación que en el caso de la parálisis de terror se retira al centro del organismo, forma en el caso de la rigidez de terror una *coraza muscular periférica del organismo*.¹ La tensión muscular duradera y no resuelta en actividad motriz, absorbe energías que de otra manera aparecerían como angustia; vale decir, la tensión impide la presencia de la angustia. En este proceso reconocemos el prototipo de la conocida ligazón de la angustia a través de la agresión que, cuando ha sido ella misma inhibida, conduce al *bloqueo afectivo*.

¹ Queda por verse si los acorazamientos biológicos —en las tortugas, por ejemplo— se desarrollan de manera análoga.

Estos descubrimientos clínicos revisten suma importancia para la teoría de los afectos. Ahora comprendemos la vinculación entre cada uno de los siguientes factores:

- Coraza caracterológica y coraza muscular;
- Debilitamiento de la coraza muscular y reparación de la angustia;
- Ligazón de la angustia y establecimiento de la rigidez muscular;
- Tensión muscular e inhibición libidinal;
- Desarrollo de la motilidad libidinal y aflojamiento muscular.

Antes de extraer una conclusión teórica, mencionaremos otros hechos clínicos relativos a la vinculación entre tono muscular y tensión sexual. Cuando en un análisis del carácter, como resultado de la disolución de las rigideces caracterológicas las tensiones musculares comienzan a ceder, aparece una u otra de las tres reacciones siguientes: angustia, destructividad o impulso libidinal. El impulso libidinal es un afluir de excitación y flúidos corporales hacia la periferia; la angustia, un fluir hacia el centro del organismo. La excitación destructiva también corresponde a una excitación hacia la periferia, pero sólo hacia la musculatura de las extremidades. Como hemos visto, las tres excitaciones básicas pueden liberarse de la coraza muscular. La conclusión inevitable es la siguiente: *la hipertensión muscular crónica representa una inhibición de todo tipo de excitación —placer, angustia y odio— por igual.* Es como si la inhibición de las funciones vitales (libido, angustia, destrucción) tuviese lugar mediante la formación de una coraza muscular alrededor del centro de la persona biológica. Si la formación caracterológica como tal tiene vinculaciones tan cercanas con el tono de la musculatura, estamos a salvo al suponer una identidad funcional entre el carácter neurótico y la distonía muscular. Presentaremos otros hechos que confirman esta suposición, así como algunos que podrían quizá restringir la validez del concepto de la identidad funcional entre coraza caracterológica y coraza muscular.

Puramente desde el punto de vista del aspecto, el encanto sexual va unido a una musculatura relajada y a una actividad psíquica en libre fluencia. El ritmo de los movimientos, la *alternancia* de tensión y relajamiento muscular, se combinan con la modulación del hablar y la musicalidad general; en estas personas, se tiene también la sensación de un contacto psíquico inmediato. El encanto de los niños libres aún de represiones severas, en particular en la esfera anal, tiene la misma base. Las personas rígidas, torpes y arrítmicas nos impresionan también como psíquicamente rígidas, impasibles e inmóviles; hay escasa modulación en su manera de hablar, y no tienen musicalidad. Muchos de ellos nunca “se derriten” y son capaces de “dejarse ir un poco” sólo en condiciones de íntima relación. El observador experimentado advertirá de inmediato, en tales casos, un cambio en el comportamiento muscular. Las rigideces psíquica y somática no son pues expresiones recíprocas, sino que forman una función unitaria. Las personas acentuadamente acorazadas nos impresionan como no eróticas y como carentes de angustia. Según la profundidad de tal acorazamiento, la rigidez puede combinarse con diversos grados de excitación *interior*.

En pacientes melancólicos o deprimidos, son duras el habla y la expresión facial, como si todo movimiento requiriese superar una resistencia. En un estado maniaco, en cambio, los impulsos parecen inundar de pronto toda la personalidad. En el estupor catatónico, la rigidez psíquica y la muscular son totalmente idénticas, así como una disolución del estado de estupor restablece tanto la motilidad psíquica como la muscular.

Aquí, podemos adquirir cierto conocimiento de la naturaleza de la risa (expresión facial de gozo) y el dolor (expresión depresiva). Con la risa, la musculatura facial se contrae; con la depresión, se torna flácida. Esto concuerda con el hecho de que la contracción muscular (clonus del diafragma, "risa que sacude el vientre") es de índole parasimpática, libidinal, mientras la flaccidez muscular es simpática, anti-libidinal.

Surge la cuestión de si en los "caracteres genitales" que no sufren de estasis crónica de la energía, existe o puede existir una coraza muscular. Si es así, ello constituiría una objeción a mi tesis de la identidad funcional entre coraza caracterológica y coraza muscular. Pues el carácter genital ha formado también un "carácter". El examen de estos caracteres muestra que también aquí puede tener lugar un acorazamiento, que está presente la capacidad de evitar el displacer y la angustia mediante la formación de una coraza periférica. En tales casos, la actitud total y la expresión facial también se tornan más tensas. Entonces se reducen la excitabilidad sexual y la capacidad de placer sexual, y a veces también la capacidad de trabajo. Lo que sucede es simplemente que el trabajo libre, gratificador, se ve reemplazado por el desempeño mecánico, carente de todo placer. Por esta razón, una vida sexual feliz es la mejor base estructural para la realización productiva. La diferencia es la siguiente: en el caso del acorazamiento neurótico, la rigidez muscular es crónica y automática, mientras el carácter genital domina a su coraza: puede ponerla en acción o dejarla fuera de funcionamiento a voluntad. Lo que importa aquí, desde el punto de vista de la economía sexual, no es el hecho de que se ligue en la coraza energía biopsíquica, sino *en qué forma* tiene lugar la ligazón, si con ella se reduce o no la disponibilidad de energía. El objetivo de la higiene mental no puede consistir en impedir la capacidad de formar una coraza, sino sólo garantizar la máxima motilidad vegetativa, en otras palabras, la formación de una coraza móvil. Esta es una tarea incompatible con todas las instituciones educacionales y morales existentes.

El ejemplo siguiente demostrará la relación funcional entre actitud caracterológica, tensión muscular y excitación vegetativa. Lo más sorprendente acerca de este paciente es que todo lo que presentaba era superficial; él mismo lo sentía como nada más que "charla", aunque hablara de las cosas más serias. Pronto se aclaró que esta superficialidad llegaría a ser la resistencia caracterológica central, pues le permitía anular todo impulso afectivo. Resultó que "charla" y "superficialidad" correspondían a una identificación con su madrastra, quien poseía esas mismas características. Esta identificación contenía la actitud pasivo-femenina

del paciente hacia el padre; su charla era un intento de conquistar, aplicar y entretener a su objeto homosexual, "palmearlo" como a una bestia peligrosa, por así decirlo. Pero también servía como contacto substitutivo pues, según lo reveló el análisis más adelante, el paciente no tenía contacto alguno con su padre. Esta falta de contacto ocultaba la represión de una violenta agresión contra el progenitor. La charla significaba, pues, tres cosas distintas: adulación pasivo-femenina (función vegetativa), defensa contra impulsos agresivos (función de coraza) y una compensación a la falta de contacto. El contenido psíquico de la superficialidad era algo así como: "Debo conquistar a mi padre, debo complacerle y entretenerle; pero me siento vacío con él, él no me importa, pues en realidad le odio; no puedo demostrar este odio y básicamente no tengo con él contacto alguno". La torpeza del paciente y su rigidez muscular eran no menos notables que el comportamiento psíquico que se acaba de describir. Se mantenía sobre el diván duro como un tablón, sin moverse. Era claro que todo trabajo analítico sería infructuoso sin un intento de atravesar esta coraza muscular. A pesar de que el paciente daba una impresión de aprensividad, negaba sentir angustia. Tenía severos estados de despersonalización y se sentía no vivo. En esta etapa, sus experiencias infantiles no eran importantes en sí mismas o en relación con sus síntomas neuróticos, sino sólo en relación con este acorazamiento. La tarea era atravesar esta coraza y hacer cristalizar la historia infantil, así como las excitaciones vegetativas suprimidas.

En primer lugar, la superficialidad se reveló como un "miedo a la profundidad" o temor a caer. Durante largo tiempo, el paciente había sufrido de un intenso temor a las caídas, a ahogarse, a despeñarse en un abismo, a caer al agua desde un bote, a viajar en trineo, etc. Pronto se puso en claro que estos temores se basaban en el miedo a las sensaciones típicas de la región diafragmática, tales como las experimentadas en la "montaña rusa" o un ascensor que desciende bruscamente. Tal como lo he demostrado en mi libro *Die Funktion des Orgasmus*, el miedo a la excitación orgástica se expresa a menudo como miedo a caer. No era de sorprender, por tanto, descubrir que este paciente sufría una severa perturbación orgástica, precisamente de este tipo. La superficialidad no era pues una mera actitud pasiva; servía a una función bien definida. Se trataba de una actitud activa, de una defensa contra el "miedo a la profundidad" y el miedo a la excitación vegetativa. Debimos suponer que existía una relación entre estas dos condiciones evitadas, que el *temor a caer* era idéntico al *temor a la excitación vegetativa*. ¿Cuál era entonces esa relación?

El paciente recordaba que de niño, cada vez que jugaba en un columpio se ponía rígido en cuanto experimentaba las sensaciones en la zona diafragmática. De ese periodo databa su hábito muscular, caracterizado por la falta de ritmo y coordinación, y por la torpeza de sus movimientos. Puede presentar interés para los teóricos de la música el hecho de que parecía totalmente desprovisto de facultades musicales. Esta falta de musicalidad, sin embargo, tenía también su historia definida. En relación con la falta de contacto y con la coraza muscular del pa-

ciente, el análisis puso de manifiesto que este defecto se debía también a una defensa contra la excitación vegetativa. El enfermo recordó que de niño la madre solía cantarle canciones sentimentales. Esto le excitaba tremendamente, produciendo condiciones de tensión y de inquietud motriz. Cuando como resultado de la frustración, reprimió su ligazón libidinal con la madre, su musicalidad sufrió igual suerte. No sólo porque las experiencias musicales eran una parte integrante de la relación con la madre, sino también porque no podía soportar las excitaciones vegetativas provocadas por la música. Esto se vinculaba con la excitación experimentada en la masturbación infantil, la que le había provocado severas angustias.

En los sueños, la resistencia de los pacientes a poner al descubierto material inconsciente se representa a menudo como el temor a bajar a un sótano, por ejemplo, o a caer en un abismo. No puede haber duda sobre esta relación, pero no se la comprende en forma inmediata. ¿Por qué se asociaría el inconsciente con la profundidad y el temor a lo inconsciente con el temor a la caída? El enigma se resolvió por sí solo de la manera siguiente: el inconsciente es el depósito de excitaciones vegetativas reprimidas, esto es, de excitaciones a las cuales se impide toda descarga. El individuo sano las percibe como excitación y gratificación sexuales; las personas de motilidad vegetativa inhibida las experimentan como sensaciones desagradables de angustia o de opresión en el plexo solar. Estas sensaciones son muy similares a las que se producen en el terror, en el descenso brusco en un ascensor o en una "montaña rusa", o bien a las experimentadas en la región genital cuando uno se para junto a un precipicio y mira hacia abajo. En tal situación aparece, junto a la idea de caer, una sensación de contracción en el genital. Es decir, a la sola idea del peligro el organismo se comporta tal como si el peligro estuviese efectivamente presente, y se retrae hacia el interior de sí mismo. Puesto que en el terror, las excitaciones y los flúidos corporales se retiran hacia el centro del organismo; puesto que, además, en el caso de la caída real este proceso tiene lugar como reacción automática del organismo, resulta claro que *la idea de profundidad y de caída debe ser idéntica a la sensación de excitación central en el organismo*. Esto nos hace comprender el hecho, de otra manera incomprendible, de que tantas personas experimenten el hamacarse en un columpio, o el viaje en la "montaña rusa", con una mezcla de placer y angustia. Según el concepto económico-sexual, angustia y placer no son sino la misma excitación vegetativa, pero fluyendo en direcciones opuestas. Volviendo a nuestro paciente, su temor a lo inconsciente era, por cierto, idéntico al temor a la profundidad. Ahora bien, su superficialidad se torna comprensible desde el punto de vista de la economía sexual, como una actitud activa para evitar tanto las excitaciones vegetativas de la angustia como las del placer, experimentándose estas últimas con angustia y por consiguiente en forma displacentera.

Subsiste el problema de la relación entre rigidez muscular, superficialidad caracterológica y falta de contacto. Podemos decir que la coraza muscular llena en el comportamiento fisiológico la misma función

que la falta de contacto y la superficialidad llenan en el comportamiento caracterológico y psíquico. Como el concepto económico-sexual de la relación básica entre el aparato fisiológico y el psíquico no es de una mera interdependencia sino de identidad funcional con antítesis simultáneas, surge la cuestión adicional de si la rigidez muscular no es funcionalmente idéntica a la coraza caracterológica, a la falta de contacto, al bloqueo afectivo, etc. La relación *antitética* es bien clara; el comportamiento fisiológico determina la conducta psíquica, y viceversa. Pero esto es mucho menos importante que su identidad funcional, para la comprensión de las relaciones psicosomáticas.

Presentaré otro ejemplo clínico para mostrar cómo la energía vegetativa puede liberarse de la coraza psíquica y muscular. Este paciente se caracterizaba por una acentuada defensa fálico-narcisista contra sus impulsos pasivo-homosexuales. Este conflicto psíquico central se representaba en su aspecto de la manera siguiente: era somáticamente rígido y agresivo en forma compensatoria. Era muy difícil hacerle adquirir conciencia de este conflicto, pues luchaba empeinadamente contra la irrupción y la aceptación de sus tendencias homosexuales anales. Cuando tuvo lugar finalmente la irrupción, para mi gran sorpresa desarrolló un *shock* vegetativo. Un día vino a la sesión con el cuello duro, violenta jaqueca, pupilas dilatadas, manchas rojizas en la cara y palidez general, además de marcada opresión. Cuando movía la cabeza, disminuía la presión que sentía en ella; cuando la mantenía inmóvil, se empeoraba. Náuseas y vértigos completaban el cuadro de simpaticotonía. El paciente se recuperó pronto de ese estado. El ataque fué una confirmación drástica de mis conceptos acerca de las relaciones entre carácter, estasis sexual y excitación vegetativa. Aquí parece radicar el problema de la esquizofrenia. Quizá las vinculaciones entre lo vegetativo y lo caracterológico, tan notables en las psicosis, encuentren algún día su esclarecimiento según estos conceptos. Lo nuevo en ellos no es que exista una vinculación entre el aparato psíquico y el sistema vegetativo, y tampoco que tengan una relación funcional mutua. Lo nuevo es lo siguiente:

1. Que la función básica de la vida psíquica es de índole económico-sexual;
2. Que las excitaciones de la sexualidad y de la angustia son excitaciones idénticas con dirección contraria; que representan la antítesis básica de la vida vegetativa, antítesis que no permite otra derivación que la física;
3. Que la formación del carácter resulta de ligar bioenergía;
4. Que la coraza caracterológica y la coraza muscular son funcionalmente idénticas;
5. Que la bioenergía puede volver a movilizarse, usando una técnica definida para extraerla de la coraza caracterológica y de la coraza muscular; por el momento, esto puede hacerse sólo con esa técnica.

Quisiera subrayar que la teoría desarrollada a partir de la observación clínica del análisis del carácter, es sólo el comienzo de una extensa comprensión de las relaciones psicosomáticas funcionales, y que los problemas son incomparablemente más difíciles y complejos que lo abar-

cado por los resultados de que se dispone hasta la fecha. Con todo, ha sido posible establecer algunas formulaciones fundamentales que aumentarán nuestro conocimiento de las relaciones psicofísicas. El intento de aplicar el método funcionalista de investigación dió buenos resultados, y éstos justifican al método. Se opone en forma marcada a los intentos de llegar a un conocimiento aprovechable de las relaciones psicósomáticas mediante métodos metafísico-idealistas o mecanicista-causal-materialistas. No es éste el lugar adecuado para exponer las objeciones epistemológicas fundamentales a los métodos mencionados. El concepto de la economía sexual difiere de los recientes conceptos "organismales" de las relaciones psicofísicas, por el enfoque funcional y la concentración del problema en la función del orgasmo.

10. LOS DOS GRANDES SALTOS EN EL DESARROLLO NATURAL ¹

Hasta aquí, hemos formado un concepto de la vinculación entre lo psíquico y lo somático, concepto basado en una amplia experiencia clínica. Sobre la base del mismo, podemos aventurarnos a formular una hipótesis para ulteriores trabajos en este campo, toda vez que estemos dispuestos a abandonarla en caso de resultar infructuosa o engañosa.

Encontramos en el desarrollo natural dos grandes y repentinos saltos que, a su vez, dan origen a otros procesos *graduales*. El primero es el salto de lo inorgánico a lo orgánico, a la vida vegetativa. El segundo es el salto del desarrollo orgánico-vegetativo al aparato psíquico, en particular a la conciencia con su capacidad central de la *autopercepción*. Lo orgánico, al surgir de lo inorgánico, y lo psíquico al surgir de lo vegetativo, conservan ambos en su función y proceso las leyes que regían en sus respectivas matrices. En el dominio orgánico hallamos la misma base física y leyes químicas que en lo inorgánico; en lo psíquico encontramos las mismas reacciones básicas de tensión y relajamiento, estasis y descarga de energía, excitabilidad, etc., que en lo vegetativo. El fenómeno funcional encontrado en la formación del carácter y que hemos definido como disociación y antítesis, al parecer rige también los desarrollos más amplios que van de lo inorgánico a lo orgánico y de lo orgánico-vegetativo a lo psíquico. En el organismo, lo orgánico adopta una posición antitética frente a lo inorgánico y lo psíquico, frente a lo vegetativo.² Son unitarios y sin embargo son, al mismo tiempo, antitéticos.

En la capacidad del aparato psíquico para desarrollar la conciencia y la autopercepción, las funciones más peculiares y más oscuras de la vida psíquica consciente, vemos la expresión *inmediata* de esta antítesis; en el fenómeno de la despersonalización, la función de autopercepción aparece en forma patológicamente deformada. Un estudio más cabal de la despersonalización y de los fenómenos con ella relacionados, mediante

¹ Nota de 1945: Cf. mis publicaciones sobre biofísica orgónica, en el *International Journal of Sex-economy and Orgone-Research*, 1942-1945.

² Estos enunciados son inexactos. Sin embargo, sería prematuro plantear en estos momentos afirmaciones taxativas acerca de las relaciones entre lo "psíquico" y lo vegetativo, y entre lo consciente y los dos anteriores.

el método funcional, contribuirá con toda probabilidad a solucionar el problema de la conciencia.

Debo pedir al lector que tome estas sugerencias como lo que son: meros esbozos en un campo muy oscuro, cuyo acceso correcto queda aún por descubrir. Es cierto, difieren fundamentalmente de las concepciones anteriores en cuanto a la interrelación de lo psíquico y lo somático. Por otra parte, no pueden aspirar a que se las tome como cosa seria hasta tanto no logren resolver los problemas que hasta hoy siguen siendo inaccesibles a concepciones anteriores (tales como la mecanicista-materialista o la idealista) y que, según todas las apariencias, lo seguirán siendo. Estas cuestiones básicas de la vida son aún totalmente oscuras. Esto nos plantea dos exigencias: primero, suma prudencia al formular nuevos puntos de vista; segundo, apartarnos en cambio de todas las concepciones que no logran hacernos adelantar siquiera un paso y que representan sólo intentos prematuros de anticipar la solución todavía imposible de ciertos problemas. El camino que se abre ante la psicología funcional es incierto y lleno de obstáculos; sólo en los últimos tiempos la economía sexual ha encontrado una base en algunas formulaciones fundamentales, y espera aún la investigación experimental del orgasmo. Una cosa, sin embargo, es segura: si la ciencia natural logra alguna vez resolver realmente el problema de las interrelaciones psicósomáticas, es decir, resolverlo en forma tal de llegar a realizaciones humanas prácticas y no a meras teorías de cátedra, ello significará el golpe de muerte para todo el misticismo trascendental, para todo el "espíritu absoluto objetivo" y para todas las ideologías subsumidas bajo el misticismo en el sentido más estricto y más amplio. La vida vegetativa humana es sólo una parte del proceso general de la naturaleza. En su corriente vegetativa, el hombre experimenta un trozo de naturaleza. Su comprensión verdadera no dejará lugar a formaciones psíquicas que deben su existencia destructora de la vida sólo a nuestro insuficiente conocimiento de sus fuentes, que impiden el desarrollo productivo de la energía vegetativa ocasionando así sufrimiento y enfermedad, y que, sobre todo, a fin de justificar su existencia se presentan como de origen divino e inalterables. El hombre, animado por oscuros sentimientos "oceánicos", sueña en cambio con dominar su existencia, y perece por esos sueños. Pero este soñar es sólo un atisbo de la futura productividad de su vida vegetativa. Quizá la ciencia logre algún día convertir en realidad el sueño de felicidad de la humanidad. Entonces la realización de la vida reemplazará a la cuestión —ya para siempre respondida— del significado de la vida.

CAPÍTULO XV

EL LENGUAJE EXPRESIVO DE LO VIVO EN LA ORGONTERAPIA

1. LA FUNCIÓN DE LA EMOCIÓN

El concepto de “orgonterapia” abarca todas las técnicas médicas y pedagógicas que trabajan con la energía “biológica”, con el orgón. Es cierto, la energía orgónica cósmica no se descubrió hasta 1939, pero ya mucho antes de este descubrimiento la meta establecida por el análisis del carácter era la liberación de la “energía psíquica”, como se la llamaba entonces, respecto de la coraza caracterológica y la coraza muscular, y el establecimiento de la potencia orgástica. El lector familiarizado con la biofísica orgónica conoce el desarrollo del análisis del carácter (de 1926 a 1934) hasta llegar a ser “vegetoterapia” (de 1935 en adelante). Acuñar términos tan diversos dentro de la misma rama de la ciencia no se debió al afán de sensacionalismo. Por el contrario, la aplicación consecuente de un concepto energético científico-natural al campo de los procesos psíquicos, condujo necesariamente a nuevos términos con los cuales designar nuevas técnicas en las etapas sucesivas de la evolución.

El hecho de que fuera la psiquiatría orientada por el punto de vista económico-sexual la que facilitara el acceso a la energía cósmica, debe considerarse como un gran triunfo para el *funcionalismo orgonómico*. Si bien la energía orgónica es una forma estrictamente física de la energía, existen buenos motivos por los cuales fué un psiquiatra su descubridor y no un físico. La lógica del descubrimiento dentro del dominio de la biopsiquiatría se revela en su evolución, tal como la he presentado en *The Discovery of the Orgone, vol. 1; The Function of the Orgasm*.

Cuando en 1935 se descubrió el reflejo de orgasmo, el acento del trabajo caráctero-analítico se desplazó hacia el dominio *somático*. El término “vegetoterapia” representó el hecho de que ahora mi técnica terapéutica influía sobre la neurosis caracterológica, en el dominio *fisiológico*. Hablábamos de “vegetoterapia caráctero-analítica”, indicando con ello el trabajo simultáneo sobre el aparato psíquico y sobre el somático. La expresión tenía sus desventajas que, en ese momento, no podían remediarse. En primer lugar, era demasiado larga. Contenía el término “vegetativo”, que sonaba como correcto en alemán, pero en inglés nos recordaba a los “vegetales”. Por último, representaba todavía una división del organismo en una parte psíquica y otra somática, lo cual se oponía a nuestro concepto unitario del mismo.

El descubrimiento del orgón puso término a estas dificultades conceptuales. *La energía orgónica cósmica funciona en el organismo vivo como energía biológica específica.* Como tal, rige la totalidad del organismo y se expresa por igual en las emociones y en los movimientos orgánicos puramente biofísicos. Así, por primera vez y con sus medios propios, la psiquiatría había enraizado en los procesos científico-naturales objetivos. Este enunciado requiere alguna ampliación:

Hasta el descubrimiento del orgón, la psiquiatría debió recurrir siempre a la física inorgánica en sus intentos de conferir una base *objetiva y cuantitativa* a sus afirmaciones psicológicas. Ni las lesiones mecánicas del cerebro, ni los procesos físico-químicos del organismo y tampoco los conceptos absolutos de la localización cerebral de sensaciones e ideas, lograron explicar en forma satisfactoria los procesos emocionales. En cambio la biofísica orgónica se ocupó desde el comienzo mismo, del problema central de toda la psiquiatría, las *emociones*. Literalmente, “emoción” significa “moverse hacia afuera”, “sobresalir”. No sólo es permisible sino necesario tomar la palabra “emoción” en su sentido literal cuando se habla de sensaciones y movimientos. La observación con el microscopio de amebas sometidas a ligeros estímulos eléctricos, presenta el significado del término “emoción” de una manera inequívoca. *Básicamente, la emoción es un movimiento protoplasmático expresivo.* Los estímulos placenteros provocan una “emoción” del protoplasma desde el centro hacia la periferia. A la inversa, los estímulos desagradables provocan una “emoción” —o más bien una “remoción”— desde la periferia hacia el centro del organismo. Estas dos direcciones básicas de la corriente biofísica plasmática corresponden a los dos afectos básicos del aparato psíquico, placer y angustia. Como lo han demostrado los experimentos con el oscilógrafo, el movimiento físico del plasma y la correspondiente sensación son funcionalmente idénticos. Son indivisibles; no es posible concebir uno sin la otra. Pero como sabemos, no sólo son funcionalmente idénticos: son al mismo tiempo antitéticos, pues toda excitación plasmática biofísica da como resultado una sensación, y toda sensación se expresa en un movimiento plasmático. Estos hechos suministran hoy un sólido fundamento a la biofísica orgónica.

Ya sea que liberemos las emociones de su anclaje en la coraza caracterológica utilizando el “análisis del carácter”, o que las liberemos de la coraza muscular por vía de la “vegetoterapia”, en ambos casos provocamos movimientos y excitaciones plasmáticas. La causa productora del movimiento es en esencia la energía orgónica que carga los flúidos corporales. *La movilización de las corrientes plasmáticas y de las emociones es pues idéntica a la movilización de la energía orgónica en el organismo.* Esto lo ponen claramente de manifiesto los cambios vasomotores. En todos los casos, sea que produzcamos recuerdos, disolvamos mecanismos de defensa o espasmos musculares, trabajamos sobre la energía orgónica del organismo. La diferencia estriba sólo en la eficacia de los diversos métodos: un recuerdo no producirá irrupciones de afecto tal como las provoca la disolución, por ejemplo, de un bloqueo diafragmático.

Todo esto explicará por qué la expresión “orgoterapia” abarca el análisis del carácter y la vegetoterapia.¹ El objetivo común es la movilización de las corrientes plasmáticas del paciente. En otras palabras, no podemos dividir un organismo vivo en actitudes caracterológicas, músculos y funciones plasmáticas, si tomamos nuestro concepto *unitario* del organismo en forma seria, en forma práctica.

En la orgoterapia trabajamos con la profundidad biológica, el sistema protoplasmático, el “núcleo biológico” del organismo. El lector comprenderá que se trata de un paso decisivo. Hemos abandonado el dominio de la psicología, incluyendo la “psicología profunda”, y hemos ido incluso más allá de la fisiología de nervios y músculos, hasta el dominio de las funciones protoplasmáticas. Estos pasos deben tomarse con suma seriedad; tienen consecuencias prácticas y teóricas de gran alcance, pues modifican básicamente nuestras técnicas biopsiquiátricas. Ya no nos limitamos a trabajar con los conflictos individuales y las corazas especiales, sino con la *función viva* misma. A medida que aprendamos a comprender esta función y a influir sobre ella, influiremos automáticamente sobre las funciones puramente psicológicas y fisiológicas. Se excluye así la especialización esquemática.

2. MOVIMIENTOS PLASMÁTICOS EXPRESIVOS Y EXPRESIÓN EMOCIONAL

Es difícil dar una estricta definición funcional de “lo vivo”. Los conceptos de la psicología tradicional y de la psicología profunda están maniatados por formaciones *verbales*. Lo vivo, sin embargo, funciona más allá de las ideas y conceptos verbales. El lenguaje verbal es una forma biológica de expresión en un nivel de desarrollo elevado. No se trata en manera alguna de un atributo indispensable de lo vivo, pues lo vivo funciona mucho antes de existir un lenguaje verbal. La psicología profunda opera por lo tanto con una función de origen reciente. Muchos animales se expresan mediante sonidos. Pero lo vivo funciona más allá y antes de toda formación de sonidos como forma de expresión.

El proceso de formación de palabras muestra en sí mismo la forma en que “se expresa” lo vivo. El término “expresión”, al parecer a base de sensaciones orgánicas, describe precisamente ese lenguaje: *lo vivo se expresa en movimientos*, en “*movimientos expresivos*”. El movimiento expresivo es una característica inherente al protoplasma. Distingue estrictamente los sistemas vivos de los no vivos. El término significa, en sentido literal, que algo del sistema vivo “tiende hacia afuera” y, en consecuencia, “se mueve”. Esto no puede significar más que el movimiento del protoplasma, es decir, expansión y contracción. El significado literal de “emoción” es “mover hacia afuera”, que equivale a “movimiento expresivo”. El proceso físico de la emoción protoplasmática o del movimiento expresivo va siempre unido a un *significado* comprensible en forma inmediata, al cual llamaremos *expresión emocional*. El

¹ La orgoterapia puramente fisiológica mediante el acumulador orgónico se discute en *The Discovery of the Orgone*, vol. 22: *The Cancer Biopathy*.

movimiento del protoplasma posee pues una expresión en el sentido de una emoción, y la emoción o la expresión de un organismo está ligada al movimiento. La última parte de esta frase exige cierta limitación, pues la orgonterapia nos enseña que muchas personas presentan una expresión causada por la inmovilidad y la rigidez.

Todo lo que antecede no es un jugar con palabras. Resulta claro que en el proceso de formación de palabras, el lenguaje depende de la percepción de movimientos interiores y sensaciones orgánicas, y que las palabras que describen estados emocionales presentan, de manera *inmediata*, los correspondientes movimientos expresivos de la materia viva.

Aunque el lenguaje refleja en forma inmediata el estado de emoción protoplasmática, no puede alcanzar ese estado por sí mismo. Lo vivo funciona no sólo antes y más allá del lenguaje verbal; más aún, tiene *sus propias formas específicas de expresión, que no pueden ponerse en palabras*. Todo individuo afecto a la música conoce el estado de emoción creado por las grandes obras musicales; sin embargo, es imposible expresar esa emoción en palabras. La música carece de palabras. No obstante ello, es una expresión de movimiento y crea en el oyente la impresión de ser "conmovid". La falta de palabras de la música se considera en general como signo de espiritualidad mística o de la más profunda emoción, incapaz de ser expresada en palabras. La interpretación científico natural es que la expresión musical proviene de las profundidades mismas de la sustancia viva. Lo que se define como "espiritualidad" de la gran música es, pues, una descripción adecuada del sencillo hecho de que la seriedad de sentimiento es idéntica al contacto con lo vivo, *más allá del confín de las palabras*.

Hasta ahora, nada decisivo puede decir la ciencia sobre la índole de la expresión emocional musical. Sin duda el artista nos habla con movimientos expresivos sin palabras, provenientes de la profundidad de la función viva; pero no podría poner en palabras lo que expresa en la música o en la pintura, como tampoco podemos ponerlo nosotros. Más aún, el artista nos previene contra los intentos de traducir el lenguaje expresivo del arte a un lenguaje verbal: le preocupa la pureza de su lenguaje expresivo. Confirma así la aseveración de la biofísica orgónica, según la cual lo vivo posee su propio lenguaje expresivo, más allá de todo lenguaje verbal e independiente. Permítasenos dar algunos ejemplos provenientes de la experiencia cotidiana de la orgonterapia.

Los pacientes llegan al orgonterapeuta llenos de problemas. Para el observador experto, estos problemas son directamente visibles en sus movimientos expresivos y en la expresión emocional de sus cuerpos. Si dejamos al paciente hablar al azar, descubriremos que la conversación *se aleja* de los problemas, *los oscurece* en una u otra forma. A fin de llegar a una verdadera valoración, debemos pedir al paciente que *no hable* por un rato. Esta medida es altamente fructífera, pues en cuanto aquél deja de hablar, se pone claramente de manifiesto la expresión corporal de la emoción. Al cabo de algunos minutos de silencio, por lo común captamos el rasgo de carácter sobresaliente, o dicho con más corrección, la expresión emocional plasmática. Si bien durante su con-

versación el paciente parecía sonreír de manera afable, ahora, en silencio, la sonrisa se convierte en una mueca vacía cuya semejanza con una máscara pronto le resultará evidente. Mientras al hablar el enfermo parecía referirse a su vida con una restringida seriedad, ahora, en silencio, aparecerá en su mentón y nuca una expresión de ira reprimida.

Estos ejemplos bastarán quizá para demostrar que *el lenguaje verbal funciona muy a menudo también como una defensa*; el lenguaje verbal oscurece el lenguaje expresivo del núcleo biológico. En muchos casos, esto llega a tal punto que las palabras ya no expresan cosa alguna y el lenguaje verbal ya no es sino una actividad de los respectivos músculos carente de significado. La prolongada experiencia me ha convencido de que en numerosos psicoanálisis de años de duración, el tratamiento cayó víctima de este tipo patológico de lenguaje verbal. Esta experiencia clínica puede —y debe— aplicarse a la escena social: innumerables discursos, publicaciones y debates políticos no tienen como función el poner de relieve cuestiones vitales, sino ahogarlas en la verborragia.

La orgonterapia se diferencia de todos los otros modos de influir sobre el organismo por el hecho de pedir al paciente que se exprese *biológicamente*, eliminándose en gran medida el lenguaje verbal. Esto lleva a aquél a una profundidad de la que trata constantemente de escapar. Así aprendemos, en el curso de la orgonterapia, a comprender el lenguaje de lo vivo y a influir sobre él. El lenguaje expresivo primario del protoplasma vivo no está presente en forma “pura”; si el modo de expresión del paciente fuese “puramente” biológico, no tendría motivo para buscar la ayuda del orgonterapeuta. Debemos primero penetrar en las capas de modos de expresión patológicos, antinaturales, antes de llegar al modo biológico *genuino*. Después de todo, la biopatía humana no es sino la sumatoria de todas las distorsiones de los modos naturales de expresión del organismo vivo. Poniendo al descubierto las formas patológicas de expresión, aprendemos a conocer la biopatía humana en una profundidad inaccesible a las técnicas terapéuticas que trabajan con el lenguaje verbal. Por desgracia *la biopatía, con su expresión distorsionada de la vida, está fuera del dominio del lenguaje y de los conceptos*.

El trabajo de la orgonterapia sobre la biopatía tiene lugar, pues, esencialmente fuera del dominio del lenguaje verbal. Por supuesto, también utilizamos la palabra hablada; pero las palabras no se refieren a los conceptos ideativos de todos los días, sino a *sensaciones orgánicas*. Sería inútil, por ejemplo, tratar de hacer comprender su estado al paciente en términos de fisiología. No podemos decirle: “Sus músculos maseteros están en un estado de contracción crónica, por eso usted no mueve el mentón al hablar, por eso su voz es monótona, por eso usted no puede llorar; debe tragar constantemente a fin de suprimir el impulso de llanto. Es cierto, el paciente comprendería estas afirmaciones en forma intelectual, pero eso no modificaría su estado.

Trabajamos en un nivel de entendimiento biológicamente más profundo. No tiene mucha importancia, de todas maneras, saber cuáles son los músculos *individuales* contraídos. Sería inútil, por ejemplo, ejercer presión sobre los músculos maseteros; la única reacción sería el dolor

común. *Trabajamos con el lenguaje expresivo*. Sólo cuando hemos sentido la *expresión* facial del paciente estamos en condiciones de comprenderla. "Comprenderla" significa aquí, en términos estrictos, saber qué emoción se "expresa" en ella. Por eso no importa que la emoción sea activamente móvil o que se mantenga inmóvil. Debemos inquirir cuál es la diferencia entre una emoción móvil y una emoción contenida, inmóvil.

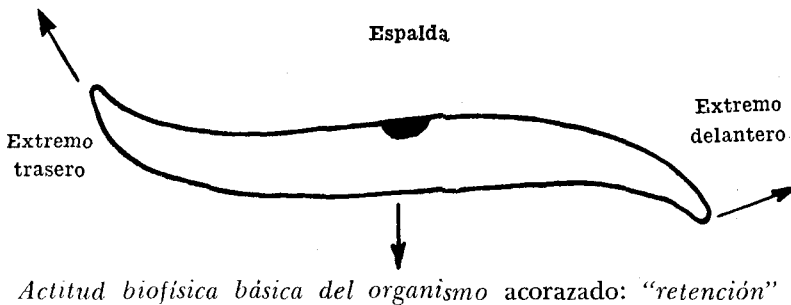
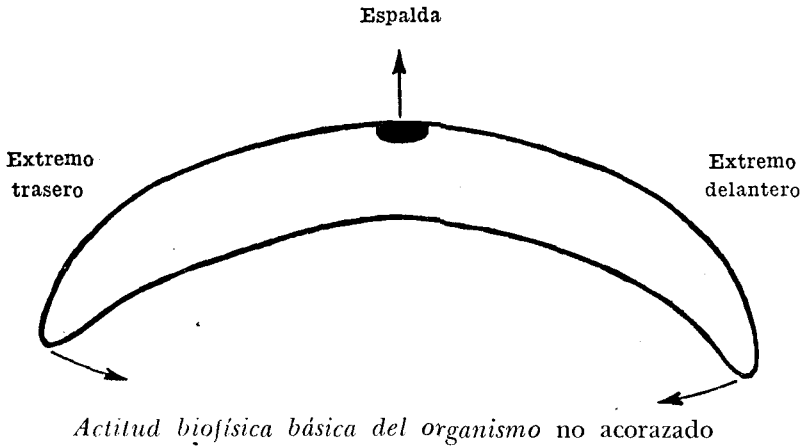
Al "sentir" la expresión emocional de un paciente, operamos con funciones biológicas primarias. Si en una bandada de pájaros uno de ellos se muestra inquieto y, "sintiendo el peligro", se echa a volar, la totalidad de la bandada lo sigue, independientemente de que los demás pájaros hayan o no advertido la causa de la intranquilidad. Entre los animales, la reacción de pánico se basa en una reproducción involuntaria de la expresión emocional de angustia. No es difícil hacer que en la calle los transeúntes se detengan y miren al cielo si uno actúa como si estuviese observando algo de sumo interés en lo alto. Estos ejemplos bastan.

La expresión emocional del paciente produce en nuestro organismo una involuntaria *imitación*. Imitando, sentimos y comprendemos la expresión en nosotros mismos y con ello en el paciente. Como todo movimiento tiene una expresión y pone así de manifiesto el estado emocional del protoplasma, el lenguaje de la expresión se convierte en medio esencial de comunicación con las emociones del paciente. Como ya se ha dicho, el lenguaje verbal *perturba* al lenguaje de la expresión. Entendemos por "actitud caracterológica" la *expresión* total de un organismo. Esta es literalmente idéntica a la *impresión* total que el organismo nos produce.

La expresión emocional puede variar sobremanera, en cuanto a sus pormenores, de un individuo a otro. No existen dos individuos que presenten exactamente la misma manera de hablar, el mismo bloque respiratorio o la misma manera de caminar. No obstante, pueden distinguirse con facilidad algunos tipos generales. En la psicología profunda, diferenciamos entre el carácter "neurótico" y el "genital" sobre la base del tipo de coraza muscular y caracterológica. Llamamos neurótico a un carácter cuando su organismo está dominado por una coraza rígida que el individuo no puede modificar o eliminar. Hablamos de un carácter genital cuando las reacciones emocionales no están inhibidas por automatismos rígidos, cuando —en otras palabras— el individuo es capaz de reaccionar biológicamente conforme a la situación en la cual se encuentra. Estos dos tipos caracterológicos básicos pueden diferenciarse con igual nitidez en el dominio del funcionamiento biológico.

Una vez que hemos aprendido a comprender el lenguaje de la expresión biológica, no resulta difícil justipreciar el tipo de coraza y el grado de su rigidez. La expresión total del individuo acorazado es de "retención". Esta expresión debe ser tomada en su sentido literal: *el organismo expresa el hecho de estar reteniendo algo*. Los hombros echados hacia atrás, el tórax hacia arriba, el mentón rígido, la respiración superficial, la parte baja de la espalda arqueada, la pelvis retraída

y “muerta”, las piernas estiradas rígidamente o carentes de expresión; tales son algunas de las principales actitudes de la total retención. En forma esquemática, puede representársela como sigue:



La forma más clara de expresar esta actitud corporal básica se encuentra en el “*arc de cercle*” de la histeria y en el “*opisthotonus*” del estupor catatónico. Puede apreciarse con facilidad que esta actitud básica del organismo acorazado no es una manifestación voluntaria, pero sí autónoma. El individuo acorazado no siente la coraza como tal. Si tratamos de describirla con palabras, por lo general no sabe de qué le hablamos. Lo que siente no es la coraza en sí, sino sólo la distorsión de sus percepciones de la vida: se siente poco interesado en las cosas, rígido, vacío, o bien se queja de intranquilidad nerviosa, palpitaciones, constipación, insomnio, náuseas, etc. Si la coraza data de antiguo y ha influido también sobre los tejidos de los órganos, el paciente acudirá a nosotros aquejado de úlcera péptica, reumatismo, artritis, cáncer o angina pectoral. Esta breve enumeración basta, pues en otro lugar hemos presentado los hechos clínicos. Lo que aquí nos interesa es penetrar hasta las funciones de la profundidad biológica y deducir de ellas el funcionamiento de lo vivo.

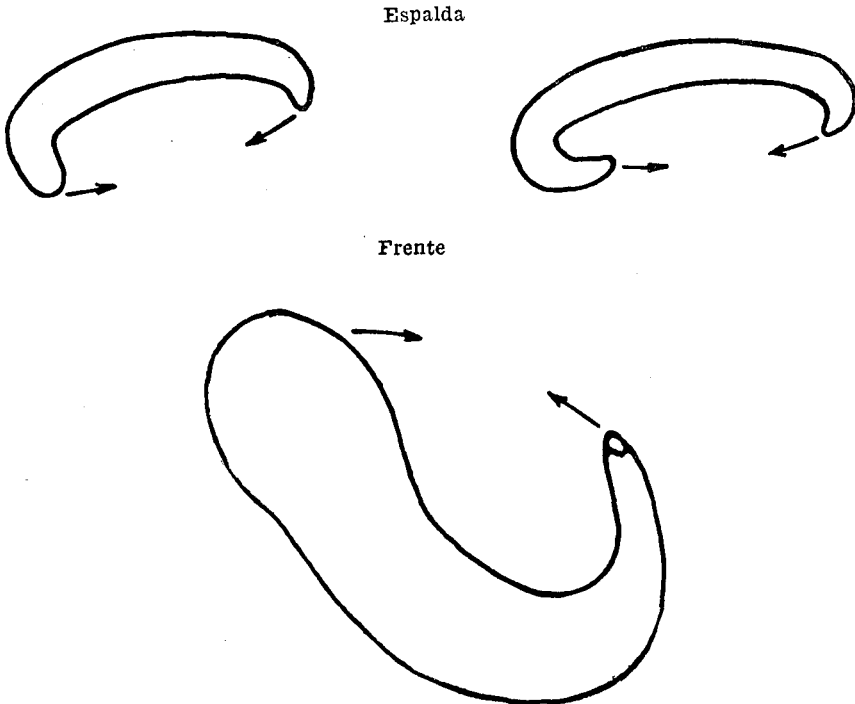
El individuo acorazado es incapaz de disolver su coraza. También es incapaz de expresar las emociones biológicas primitivas. Conoce la sensación de cosquilleo, pero no la del placer orgonótico. No puede emitir un suspiro de placer, ni imitarlo. Si trata de hacerlo, producirá un gruñido, un rugido reprimido o una arcada. Es incapaz de lanzar un grito de cólera o de imitar en forma convincente el dar puñetazos de rabia sobre el diván. Es incapaz de una espiración total: los movimientos de su diafragma (como lo revelan fácilmente los rayos X) son muy limitados. Si se le pide que mueva la pelvis hacia adelante, es incapaz de hacerlo y a menudo, incluso de comprender lo que se le pide; quizá llegue hasta a ejecutar el movimiento opuesto, retraer la pelvis, movimiento que expresa retención. La tensión de los músculos periféricos y del sistema nervioso se revela en una exagerada sensibilidad a la presión. Es imposible tocar determinadas partes de un organismo acorazado sin provocar intensos síntomas de angustia e intranquilidad. Lo que comúnmente se denomina "nerviosidad" es el resultado de esta hipersensibilidad de los músculos en estado de elevada tensión.

La retención total da como resultado la incapacidad para la pulsación protoplasmática en el acto sexual, es decir, produce la impotencia orgástica. Esta, a su vez, origina una estasis de la energía sexual, y de aquí sigue todo lo comprendido en el término "biopatía".

La tarea central de la orgonoterapia consiste en destruir la coraza, en otras palabras, restablecer la movilidad protoplasmática. En el individuo acorazado, la función de pulsación se halla más o menos restringida en todos los órganos. La tarea de la orgonoterapia es restablecer la plena capacidad para esa pulsación. Esto se logra biofísicamente disolviendo la actitud de retención. El resultado ideal de la orgonoterapia es la aparición del *reflejo de orgasmo*. Como sabemos, después de la respiración este reflejo es la manifestación motriz más importante del reino animal. En el momento del orgasmo, el organismo "se entrega" por completo a sus sensaciones orgánicas y a pulsaciones involuntarias. Por tanto, el movimiento del reflejo de orgasmo contiene inevitablemente la expresión de "dar". Sería por supuesto inútil predicar al paciente que "dé", pues es incapaz de hacerlo. Si no lo fuera, no necesitaría nuestra ayuda. Tampoco le permitimos practicar la actitud de "dar", pues ninguna medida técnica voluntaria de esta índole podría producir la actitud involuntaria de dar. *Lo vivo opera en forma autónoma, más allá de los dominios del lenguaje, del intelecto o de la volición*. Opera conforme a ciertas leyes naturales que deberemos examinar. Como veremos muy pronto, el reflejo de orgasmo, con su expresión de dar, es la clave para comprender los procesos naturales *básicos*, comprensión que va mucho más allá del individuo e incluso de lo vivo mismo. El lector que desee seguir esta exposición con entendimiento; deberá estar dispuesto a emprender una seria excursión en el dominio de la energía cósmica. No logrará comprender y se sentirá decepcionado, si no se ha liberado por completo del concepto de sexualidad tal como se lo expone en los *night clubs*.

Ya hemos estudiado las funciones del orgasmo en los dominios de la psicología y la fisiología, en medida suficiente para concentrar aquí nuestra atención exclusivamente sobre el fenómeno natural básico, el "orgasmo". Por peculiar que parezca, *en el orgasmo el organismo trata constantemente de unir la boca y el ano, ambos de importancia embriológica*. Su forma es la siguiente:

Como hemos dicho, la actitud del reflejo de orgasmo es de "dar". El organismo se entrega a sus excitaciones plasmáticas y a sus sensaciones



Expresión emocional del reflejo de orgasmo

de fluir y también se entrega por completo a la pareja en el abrazo sexual, sin reserva, sin retención ni acorazamiento. Toda la actividad biológica se reduce a la función básica de la pulsación plasmática. En el hombre, cesa toda actividad pensante e imaginativa.

La expresión emocional de dar es clara. *Lo que no es claro es la función de la convulsión orgástica*. Esta consiste en contracciones y dilataciones alternadas de la totalidad del protoplasma corporal. *¿Qué función tiene la aproximación de los dos extremos del torso en la convulsión orgástica?* A primera vista, no parece transmitir "significado" alguno. La expresión de este movimiento parece incomprensible. Si estamos en lo cierto al afirmar que todo movimiento organísmico posee una expresión comprensible, esto no parece aplicarse al caso de la convulsión orgás-

tica. Somos incapaces de encontrar en el orgasmo una expresión comprensible, que pueda traducirse al lenguaje verbal.

En lugar de entregarnos a especulaciones filosóficas sobre este problema, debemos dar la respuesta científico-natural de que, si bien la convulsión orgástica parece incomprensible, debe tener sin embargo una expresión oculta. Pues al igual que cualquier otro movimiento de la substancia viva, es un puro movimiento *expresivo* y, en consecuencia, debe mostrar también una expresión emocional.

A su debido tiempo, llegaremos a una respuesta sorprendente, pero concluyente, a este problema básico de la función de lo vivo. Pero antes de encontrarla debemos compilar e interpretar correctamente un gran número de manifestaciones biológicas. La respuesta finca más allá del organismo biológico individual y sin embargo no es mística, metafísica ni espiritualista. Soluciona el enigma de la manera *concreta* en que el animal y la planta se vinculan con la energía orgónica cósmica. Con ello responde también a la pregunta de por qué el anhelo orgástico no es sólo el más profundo sino —y esto es su característica— *un anhelo cósmico*. Ciertamente, el organismo es un trozo de cosmos y eso es cosa sabida generalmente, pero lo hasta ahora ignorado es *cómo*. Pero volvamos a la experiencia orgoterápica:

La tarea de la orgoterapia es capacitar al organismo humano para abandonar el automatismo de la retención y, en lugar de ello, “dar”. Mientras los dos extremos embrionarios del torso se inclinan hacia atrás en lugar de hacia adelante, el uno hacia el otro, el organismo es incapaz de entregarse a experiencia alguna, ya sea de trabajo o de placer. Como es la coraza muscular la que impide todo tipo de dar, de entrega, y la que provoca la restricción biopática del funcionamiento de lo vivo, esta coraza muscular debe ser disuelta. Sólo esa medida logrará alcanzar nuestro objetivo terapéutico; no lo lograrán el psicoanálisis ni la sugestión, la oración ni la gimnasia. Tampoco informamos al paciente acerca del objetivo terapéutico; sabemos por experiencia que desarrollará inevitablemente el reflejo total de orgasmo si logramos disolver la coraza muscular. En el curso de todo tratamiento, vemos que *la función básica de la coraza muscular es impedir la aparición del reflejo de orgasmo*.

Las numerosas manifestaciones de la coraza muscular y de la correspondiente coraza caracterológica han sido descritas en otro lugar. Deseo introducir, aquí, un nuevo punto de vista que permite comprender la coraza caracterológica y muscular en el plano de las funciones vitales más primitivas. Se basa en observaciones realizadas durante unos diez años, de modo que puedo asumir plena responsabilidad por su significación dentro de la biofísica.

3. LA DISPOSICIÓN SEGMENTADA DE LA CORAZA

Desde hace décadas se conoce en psiquiatría que las perturbaciones somáticas de la histeria no corresponden a la anatomía y fisiología de los músculos, nervios y vasos sanguíneos, sino a órganos emocionalmente significativos. El rubor patológico, por ejemplo, se limita por lo general

a la cara y el cuello, aunque los vasos sanguíneos corren esencialmente en sentido longitudinal. En la misma forma, las perturbaciones sensoriales de la histeria no corresponden a una determinada trayectoria nerviosa, sino a zonas emocionalmente significativas del cuerpo.

Al disolver la coraza muscular encontramos el mismo fenómeno: los bloqueos musculares individuales no corresponden a un músculo o nervio especial. Si buscamos ahora alguna regla a la cual deban obedecer estos bloqueos en forma inevitable, encontramos que la coraza muscular posee una disposición *segmentada*.

La función segmentada es una manera mucho más primitiva del funcionamiento vivo que la encontrada en los animales de desarrollo superior. Se aprecia en su forma más clara en los gusanos. En los vertebrados superiores, sólo la estructura segmentada de la columna vertebral, correspondiente a los segmentos del cordón espinal y de los nervios espinales, y la disposición segmentada de los ganglios autónomos, indican el origen de esos animales a partir de organismos primitivos, de organización segmentada.

Trato de dar aquí un esbozo aproximado —no puede ser de otro modo— de la estructura segmentada de la coraza muscular. Esta descripción se basa en muchos años de observar las reacciones de la coraza.

Como el cuerpo del paciente se contiene y como el objetivo de la orgonterapia es restablecer las corrientes plasmáticas en la pelvis, es necesario comenzar la disolución de la coraza en las zonas más alejadas de la pelvis. En consecuencia, el trabajo comienza con la expresión facial. En la cabeza pueden distinguirse con claridad por lo menos dos acorazamientos segmentados: uno comprende la frente, los ojos y la región de los pómulos; el otro, los labios, el mentón y la garganta. Una estructura segmentada de la coraza significa que funciona en el frente, en los costados y atrás, como un *anillo*.

Llamemos *ocular* al primer anillo de la coraza y *oval* al segundo. En el segmento ocular hallamos una contracción e inmovilización de todos o la mayor parte de los músculos de los ojos, los párpados, la frente, las glándulas lacrimales, etc. Esto se expresa en la inmovilidad de la frente y los párpados, la expresión vacía de los ojos o en ojos saltones, una expresión como de máscara o de inmovilidad a ambos lados de la nariz. Los ojos miran como detrás de una máscara rígida; el paciente es incapaz de abrirlos totalmente, como imitando el terror. En los esquizofrénicos, por resultado de la contracción de los músculos oculares, la expresión de los ojos es vacía o como si miraran a lo lejos. Muchos pacientes han sido incapaces de llorar durante muchos años. En otros, los ojos representan una angosta ranura. La frente carece de expresión, como si estuviese “aplastada”. Muy a menudo existe miopía, astigmatismo u otras perturbaciones visuales.

La disolución del segmento ocular de la coraza se produce haciendo que el paciente abra completamente los ojos, con expresión de terror; con ello se movilizan la frente y los párpados, y expresan emociones. Esto incluye por lo general las partes superiores de las mejillas, en especial si se dice al paciente que haga muecas. Empujar hacia arriba

las mejillas da como resultado, por lo común, una “sonrisa” que tiene el carácter de una rencorosa provocación.

La índole segmentada de este grupo de músculos se pone de manifiesto en el hecho de que todo acto emocional en esta zona influye también sobre otras partes, y en cambio el segmento oral no recibe influencia alguna. Abrir los ojos como expresando terror moviliza por ejemplo la frente, o produce una expresión de sonrisa en las partes superiores de las mejillas, pero no provoca, pongamos por caso, los impulsos de morder contenidos en el mentón tieso.

Los segmentos de la coraza comprenden pues todos aquellos grupos de órganos y músculos en recíproco contacto funcional, que pueden inducirse mutuamente a participar en el movimiento expresivo. El segmento inmediato siguiente es el que permanece sin afectar por los movimientos expresivos de la zona vecina.

La estructura segmentada de la coraza es siempre *perpendicular* al torso, su dirección nunca es longitudinal. La única excepción notable la constituyen brazos y piernas. Las extremidades operan acopladas a los segmentos correspondientes del torso, es decir, los brazos con el segmento que abarca los hombros, y las piernas con el segmento que comprende la pelvis. Tendremos presente esta excepción; su explicación se encontrará en un contexto biofísico definido.

El segundo segmento de la coraza o segmento oral, comprende la musculatura del mentón, de la garganta y de la zona occipital, incluyendo el músculo anular de la boca. Esto constituye una unidad funcional, pues la disolución de la coraza del mentón da como resultado clonismos en los labios y las correspondientes emociones de llanto o el deseo de succión. Análogamente, la producción del reflejo de vómito puede movilizar la totalidad del segmento oral.

Las expresiones emocionales de llanto, de morder con rabia, de gritar, chupar y hacer muecas de todas clases, dependen de la libre movilidad del segmento ocular. Así por ejemplo, resultará difícil movilizar un impulso de llanto mediante la movilización del reflejo de vómito, si antes no se ha puesto en movimiento el segmento ocular. Y aun después de disolver los dos segmentos superiores, quizá sea difícil liberar el impulso de llanto mientras los segmentos tercero y cuarto —en el cuello y el tórax— permanezcan en un estado de contracción espástica. Esta dificultad para liberar las emociones pone al descubierto un hecho biofisiológico de suma importancia:

1. Los acorazamientos son segmentados, en forma de anillos perpendiculares a la columna vertebral.

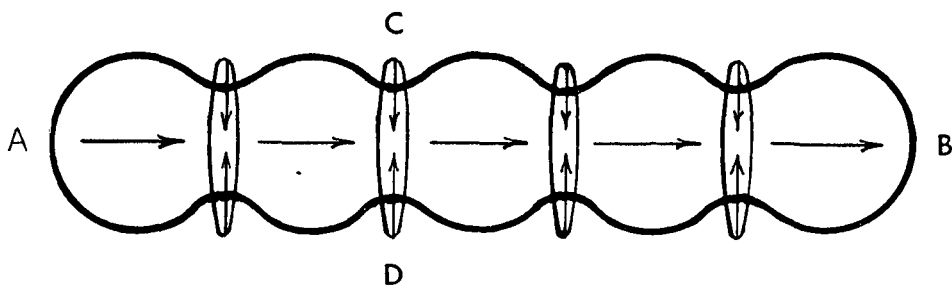
2. Las corrientes plasmáticas y excitaciones emocionales que producimos, tienen lugar según el eje del cuerpo.

La inhibición del lenguaje emocional de la expresión trabaja pues en dirección perpendicular al sentido de la corriente orgonótica.

Como las corrientes orgonóticas se unen en el reflejo de orgasmo sólo cuando pueden desplazarse *con libertad a lo largo* de la totalidad del organismo, y como además la coraza está compuesta de segmentos perpendiculares al movimiento de esas corrientes, resulta evidente que

el reflejo de orgasmo no puede establecerse hasta tanto no se hayan disuelto todos los anillos de la coraza. Por eso el sentimiento de unidad de todas las sensaciones corporales no aparece hasta producidas las primeras convulsiones orgásticas. Estas convulsiones anuncian la rotura de la coraza muscular. Las corrientes orgonóticas que aparecen con cada nueva disolución de un anillo, constituyen una gran ayuda en la tarea de disolver la coraza, pues la energía liberada, al tratar espontáneamente de desplazarse en sentido longitudinal, encuentra las contracciones transversales todavía existentes; esto transmite al paciente el inequívoco sentimiento de "bloqueo", sentimiento que era demasiado débil o totalmente ausente mientras no había desplazamientos plasmáticos libres.

El lector advertirá que estos procesos se refieren a las funciones primarias del sistema plasmático, procesos no sólo más allá de todo



La dirección de la corriente orgonótica es perpendicular a los anillos de la coraza

lenguaje verbal, sino representativo de procesos básicos del aparato vital. Se trata de funciones filogenéticamente primordiales. *La estructura segmentada de la coraza muscular representa al gusano existente todavía en el hombre.*

Los movimientos del gusano se basan en ondas de excitación que se desplazan desde la cola hasta el extremo frontal. Las ondas de excitación pasan en forma continua de uno a otro segmento, hasta llegar al extremo delantero. En la cola, se desarrolla con la locomoción una serie de trenes de ondas. Los segmentos alternan en forma rítmica y regular entre la contracción y la dilatación. En gusanos y orugas, la locomoción está inseparablemente ligada a este movimiento 'plasmático ondulatorio. Como no puede ser otra cosa, debemos llegar a la conclusión de que *es la energía biológica misma la que se mueve de esta manera ondulatoria.* Esta aseveración se ve confirmada por la observación de los movimientos internos de los biones. El movimiento ondulatorio del órgano corporal es lento y corresponde totalmente en su ritmo y expresión a las excitaciones emocionales de la función placentera, la cual experimentamos subjetivamente como ondulatoria.

En el organismo humano acorazado, la energía orgónica está ligada a los espasmos musculares crónicos. Después de ablandado el anillo de la coraza, el órgano corporal no comienza de inmediato a desplazarse con libertad. Lo que aparece en un primer momento son los clonismos, junto

con sensaciones de hormigueo y arrastre. Esto indica que la coraza se afloja y que la energía adquiere libertad. Las auténticas sensaciones de ondas de excitación plasmática no aparecen mientras no se hayan disuelto varios segmentos de la coraza, tales como los bloqueos en la musculatura de los ojos, la boca, el cuello y el diafragma. Entonces podemos ver con claridad contracciones *ondulatorias* en las partes blandas del cuerpo, las que se desplazan hacia arriba en dirección a la cabeza, y hacia abajo en dirección al genital. A menudo el organismo reacciona a estos primeros desplazamientos y convulsiones con un renovado acorazamiento. Espasmos de la musculatura profunda de la garganta, peristalsis inversa del esófago, tics diafragmáticos y otros fenómenos que muestran con claridad la lucha que libran el impulso de fluidez y el bloqueo de la coraza. Como se ha liberado más energía de la que el paciente puede descargar, y como existen todavía numerosos espasmos que impiden el desplazamiento plasmático, surge la angustia aguda. Estas manifestaciones confirman el concepto orgonbiofísico de la antítesis entre placer y angustia (cf. *The Discovery of the Orgone*, vol. 1). Debo destacar aquí, sin embargo, un fenómeno aún no descrito con suficiente claridad:

En cuanto se disuelven los primeros bloqueos de la coraza, hallamos que con los desplazamientos y sensaciones orgonóticas se desarrolla más y más la expresión de "dar". Sin embargo, todavía existen acorazamientos que impiden su pleno desarrollo. Entonces es como si el organismo tratara de superar *por la fuerza* los restantes bloqueos de la coraza. En este proceso, la expresión rudimentaria de "dar" se convierte en una expresión de *odio*. Este proceso es típico y merece mayor atención.

Cuando, por ejemplo, el acorazamiento de la región bucal se disuelve en medida suficiente para estimular un impulso de llanto, mientras el acorazamiento de la garganta y el pecho conservan todavía toda su fuerza, vemos que la parte inferior de la cara comienza a ceder al llanto, sin poder permitirle expresión total. La expresión de llanto puede convertirse en una mueca de odio. Se trata de una expresión de desesperación, de total frustración. Este es un ejemplo del siguiente hecho general: *en cuanto la expresión de dar se encuentra con el bloqueo de la coraza, de modo de no poder desarrollarse con libertad, se convierte en ira destructiva.*

El acorazamiento del *tercer* segmento se encuentra principalmente en la musculatura profunda del cuello, los músculos platismático y esternocleidomastoideos. Basta con imitar la actitud de contener la ira o el llanto para comprender la función emocional del acorazamiento del cuello. La contracción espástica del segmento cervical abarca también la lengua. Esto es fácil de comprender desde el punto de vista anatómico pues los músculos de la lengua tienen sus principales inserciones en el sistema óseo cervical. Así pues, encontramos espasmos en la musculatura de la lengua, en vinculación funcional con la depresión de la nuez y la contracción de la musculatura cervical profunda y superficial. Los movimientos de la nuez muestran a las claras cómo se "traga" literalmente un impulso de rabia o de llanto, sin que el paciente tenga conciencia

de ello. Este mecanismo de suprimir emociones es muy difícil de manejar terapéuticamente. Es imposible llegar con las manos a los músculos de la laringe, tal como puede llegarse a los músculos superficiales del cuello. El mejor medio de interrumpir este proceso de “tragar” emociones es despertar el *reflejo de vómito*. Con este reflejo, la onda de excitación del esófago se desplaza en sentido contrario a la que tiene lugar al “tragar” la ira o el llanto. Si el reflejo de arcada se desarrolla con plenitud o el paciente llega incluso al punto de vomitar realmente, quedan en libertad las emociones retenidas por el acorazamiento del cuello.

Volvemos a apreciar aquí la significación del curso longitudinal de la excitación: el reflejo de vómito se produce juntamente con una dilatación del diafragma, es decir, con elevación del diafragma y espiración. El trabajo en la coraza cervical trae aparejado un ablandamiento de los segmentos cuarto y quinto. Se deduce de ello que no podemos disolver un segmento después de otro, en forma separada y mecánica. Por el contrario, trabajamos con un sistema vital unitario cuya función plasmática total se ve obstaculizada por anillos transversales de la coraza. Sin embargo, el ablandamiento de un segmento de la coraza conduce, como resultado del movimiento producido, a la movilización de los anillos superior o inferior. Por este motivo, también es imposible dar una descripción mecánica del proceso de disolución de la coraza muscular.

Paso ahora al *cuarto* segmento, o segmento torácico. Aunque sus funciones pueden subdividirse, conviene más tratar el tórax como una unidad. El acorazamiento del tórax se expresa en una actitud crónica de inspiración, respiración superficial e inmovilidad de la caja. Como sabemos, la actitud de inspiración es el medio más importante para suprimir *cualquier* tipo de emoción. El acorazamiento del tórax tiene particular importancia no sólo por tratarse de una parte capital de la coraza total del organismo, sino también porque aquí los síntomas de la enfermedad biopática asumen una índole particularmente peligrosa.

Los músculos que toman parte en el acorazamiento del pecho son los intercostales, los pectorales grandes, los músculos de los hombros (deltoides), y los que se hallan sobre y entre los omóplatos. La expresión de la coraza torácica es esencialmente de “autocontrol” y “contención”. Los hombros echados hacia atrás expresan literalmente “contención”. Junto con la coraza del cuello, la del pecho expresa “rencor” y “rigidez cervical”, ambos suprimidos (también aquí deben tomarse estas expresiones en su sentido literal). En ausencia de una coraza, el movimiento expresivo del cuarto segmento es el de un “sentimiento que fluye en libertad”. En presencia de una coraza, la expresión es de “inmovilidad” o de “imposibilidad”.

La dilatación crónica del tórax se da junto con una tendencia al aumento de la presión sanguínea, palpitaciones, angustia y en casos severos de larga duración, también a una dilatación del corazón. Varios tipos de afecciones cardíacas resultan ya sea directamente de la expansión crónica, ya indirectamente de un síndrome de angustia. El enfisema pulmonar es un resultado inmediato de la expansión crónica del tórax.

Es de presumir que debemos prestar nuestra atención a todo esto para descubrir la propensión a la neumonía y a la tuberculosis.

Las emociones que surgen del segmento torácico son en esencia las de “rabia arrolladora” y “llanto que destroza el corazón”, de “sollozos” y “anhelo intolerable”. Estas emociones naturales son ajenas al individuo acorazado. Su ira es “fría”; considera el llanto como cosa “poco varonil”, “infantil” o “indecoroso”; considera el anhelo como algo “blando”, indicativo de “falta de carácter”.

En las emociones plasmáticas del pecho se originan la mayor parte de los movimientos expresivos de brazos y manos. Estas extremidades son, en términos biofísicos, extensiones del segmento torácico. En el artista capaz de desarrollar con libertad sus anhelos, la emoción del pecho se extiende en forma directa a emociones idénticas y movimientos expresivos de las extremidades superiores. Esto puede aplicarse al violinista y al pianista, y también al pintor. En el bailarín, los principales movimientos expresivos derivan de la totalidad del organismo.

El acorazamiento del pecho resulta en “torpeza” de los brazos y a él se debe en gran medida la expresión de “dureza” e “inaccesibilidad”. El acorazamiento total de la cabeza, cuello y segmento torácico confiere al organismo, en un medio cultural patriarcal —sobre todo entre los asiáticos de las “castas superiores”— un aire de “distinción”. A esto corresponden las ideas de “carácter firme”, “inaccesibilidad”, “distancia”, “superioridad” y “restricción”. En todas partes, el militarismo hace uso de la expresión corporizada en el acorazamiento de la cabeza, cuello y pecho. Se sobrentiende que estas actitudes se basan en el acorazamiento, y no a la inversa.

En ciertos pacientes se encuentra un síndrome proveniente del acorazamiento del pecho, que produce un sistema de dificultades particularmente complicado. Estos pacientes se quejan siempre de un “nudo” en el pecho. Parece tratarse de un espasmo del esófago, similar al *globus hystericus* de la faringe. Es difícil afirmar si también interviene la tráquea, pero parece probable. Este “nudo”, como resulta evidente durante su disolución, contiene las emociones del grito colérico o de la angustia. Para disolverlo, a menudo es necesario presionar el pecho y hacer que el paciente grite al mismo tiempo con todas sus fuerzas. La inhibición de los órganos torácicos se extiende por lo común a una inhibición de los movimientos de brazos que expresan “querer alcanzar algo” o “abrazar”. Debe advertirse que estos pacientes no están paralizados en el sentido mecánico; pueden mover sus brazos con facilidad. *Pero en cuanto el movimiento de los brazos se asocia a la expresión de anhelos o deseos, surge la inhibición.* En los casos severos, las manos —y aún más las yemas de los dedos— pierden su carga orgonótica, aparecen frías y pegajosas, y a veces se sienten en ellas dolores agudos. Es probable que en esta anorgonía específica se base la gangrena de Raynaud. En muchos casos se trata simplemente del impulso de ahogar a alguien, contra el cual aparece la coraza en los omóplatos y las manos y al cual se debe la contracción de los dedos.

Las vidas de estos pacientes se caracterizan por una falta general de

iniciativa y por perturbaciones en el trabajo, basadas en la incapacidad de usar las manos con libertad. En las mujeres el acorazamiento del tórax se expresa a menudo como falta de sensibilidad en los pezones. Las perturbaciones de la gratificación sexual y la repugnancia a amantar son resultados inmediatos de este acorazamiento.

Entre los omóplatos, en la región de los músculos trapezoidales, encontramos dos haces musculares dolorosos, cuyo acorazamiento da la impresión de un rencor suprimido que, junto con los hombros echados hacia atrás, encuentra su mejor expresión en las palabras “no quiero”.

En el pecho acorazado, los músculos intercostales muestran una exagerada sensibilidad al estímulo de las cosquillas. Que no se trata de una mera “aversión a las cosquillas” sino de una hiperexcitabilidad biopática, lo demuestra el hecho de que desaparezca con la disolución de la coraza torácica. En un caso determinado, la actitud caracterológica de inaccesibilidad desempeñaba esencialmente la función de la expresión, “No me toque, tengo cosquillas”.

Por supuesto, no es mi intención ridiculizar estas actitudes caracterológicas. No denunciamos la banalidad de tantas actitudes “dignificadas”, pero las encontramos en su expresión biológica, lo queramos o no. Un general puede ser una persona “decorosa”; no queremos magnificarlo ni minimizarlo. Pero tenemos derecho a considerarle como un animal acorazado de una determinada manera. Yo no me opondría si algún hombre de ciencia redujera mi curiosidad científica a la función biológica de un perrito que todo lo olisquea. Estaría contento de verme comparado, biológicamente, con un perrito vivaz, afable, pues no abrigo la ambición de distinguirme del animal.

Debe subrayarse que el establecimiento de la potencia orgástica es inconcebible sin la disolución previa de la coraza torácica y sin liberar las emociones de la rabia arrolladora, del anhelo y del llanto auténtico. La función de darse, de abandonarse, tiene una relación muy estrecha con la motilidad plasmática de los segmentos torácico y cervical. Aunque fuese posible movilizar el segmento pélvico por sí solo, en lugar de caer hacia atrás la cabeza se movería inevitablemente hacia adelante, en un movimiento defensivo, en cuanto se sintiera la más ligera sensación de placer en la pelvis.

Como hemos explicado en otro lugar, el acorazamiento del pecho es una parte central de la coraza muscular concebida como un todo. Se desarrolló en la época de los conflictos críticos de la vida del niño, probablemente mucho antes que la coraza pélvica. Es fácil comprender, por lo tanto, que los recuerdos traumáticos de malos tratos de toda índole, de frustraciones en cuanto a cariño y de decepciones ante los padres, aparezcan en el transcurso de la disolución de la coraza torácica. Despertar los recuerdos no es cosa importante en la orgonoterapia; poco ayudan si se presentan sin las correspondientes emociones. La emoción contenida en los movimientos expresivos es suficientemente amplia para comprender la infelicidad sufrida por el paciente y por último los recuerdos acuden por sí mismos si trabajamos en forma correcta. Subsiste el enigma de que las funciones mnémicas inconscientes puedan depender

de los procesos de excitación plasmática, que los recuerdos se conserven por así decirlo, en la disposición plasmática para la acción.

Pasemos al quinto segmento, el segmento *diafragmático*. Esta zona, que abarca el diafragma y los órganos ubicados bajo él, es independiente del segmento torácico en cuanto a su funcionamiento. Esto se revela en que el bloqueo diafragmático puede subsistir aun después de que el pecho ha adquirido movilidad y hayan irrumpido la rabia y el llanto. La fluoroscopia con rayos X demuestra fácilmente la inmovilidad del diafragma. Es cierto, recurriendo a la respiración forzada encontraremos que el diafragma se mueve mejor que antes de disolver la coraza torácica. El bloqueo consiste sin embargo en que *no existe pulsación diafragmática espontánea*. Hay pues dos etapas en el proceso de disolver el bloqueo diafragmático.

Al disolver la coraza torácica, se hizo que el paciente forzara su respiración en forma voluntaria. En este proceso, como es lógico, se moviliza también el diafragma, pero sin un movimiento espontáneo. En cuanto la respiración ya no es forzada, cesa el movimiento del diafragma y con él, los movimientos respiratorios del tórax. A fin de dar el segundo paso y producir la pulsación *espontánea* del diafragma, debemos obtener la expresión emocional de la coraza diafragmática. Esto vuelve a demostrar que no podemos reactivar las funciones emocionales por medios mecánicos. Sólo el *movimiento expresivo* biológico puede disolver el anillo de acorazamiento.

El quinto segmento de la coraza es un anillo de contracción ubicado sobre el epigastrio, tomando el extremo inferior del esternón y siguiendo a lo largo de las costillas inferiores hasta llegar a las inserciones posteriores del diafragma, esto es, a la décima, undécima y duodécima vértebras torácicas. Abarca esencialmente el diafragma, estómago, plexo solar, páncreas, hígado y dos haces musculares siempre evidentes a lo largo de las vértebras torácicas inferiores.

Este anillo se expresa en una lordosis de la columna. Como regla general, es posible poner la mano en el hueco que queda entre el sofá y la parte baja de la espalda del paciente. El margen costal anterior se proyecta hacia afuera en forma rígida. El paciente es más o menos incapaz de doblar hacia adelante su columna vertebral. La pantalla fluoroscópica muestra la inmovilidad del diafragma en condiciones normales, y una movilidad muy limitada al forzar la respiración. Si decimos al paciente que respire, lo hará siempre *hacia adentro*; la espiración como acto *espontáneo* es algo para él desconocido. Si se le pide que espire, debe hacer un serio esfuerzo. Si logra hacerlo en cierta medida, el cuerpo adopta automáticamente alguna actitud opuesta a la espiración, por ejemplo la cabeza se proyecta hacia adelante o el anillo oral de la coraza se contrae más acentuadamente, los omóplatos se echan hacia atrás o los brazos se llevan en forma rígida a los costados del cuerpo, la musculatura pélvica se contrae y la espalda se arquea en forma más marcada.

El bloqueo diafragmático es el mecanismo central del acorazamiento de esta zona. Por este motivo, su disolución constituye una tarea terapéutica crucial.

Nos preguntamos por qué es tan particularmente dificultosa la disolución de la coraza del segmento diafragmático. La expresión corporal dice con claridad —aunque el paciente no tenga conciencia de ello— que el organismo se niega a permitir la libre oscilación del diafragma. Si el trabajo sobre los segmentos superiores se hizo en forma correcta, tarde o temprano la disolución del bloqueo diafragmático tendrá éxito. Así por ejemplo, la respiración forzada en el segmento torácico o la repetida producción del reflejo de vómito, impulsarán al organismo en dirección a la contracción orgástica; lo mismo puede decirse de la irritación de los músculos de los hombros mediante pellizcos.

En términos teóricos, los motivos para esta firme resistencia contra la plena pulsación del diafragma son suficientemente claros: el organismo se defiende de las sensaciones de placer o de angustia que aparecen en forma inevitable con el movimiento diafragmático. Pero no debemos olvidar que se trata de un enunciado racionalista, psicologista y finalista. Implica que el organismo “piensa” en forma racional, más o menos de la manera siguiente: “Este molesto médico me pide que deje oscilar el diafragma. Si accedo al pedido, tendré las sensaciones de angustia y placer que experimenté cuando mis padres castigaron mis sensaciones de placer. He aceptado la situación tal como es, de modo que no he de acceder”.

Pero la substancia viva no piensa en forma racional, no hace o deja de hacer cosas “a fin de...”. Funciona conforme a las emociones plasmáticas primarias, cuya función es gratificar las tensiones y necesidades biológicas. Erraríamos inevitablemente el camino si tradujéramos en forma inmediata el lenguaje de lo vivo al lenguaje verbal de lo consciente. Es importante subrayar esto pues el pensamiento racionalista que dió origen a la civilización mecanicista ha eliminado la comprensión del lenguaje *básicamente distinto* de la función viva.

Ejemplificaré estos nuevos fenómenos tal como aparecieron en un caso clínico particularmente claro: un paciente con un extraordinario entendimiento intelectual de la orgonterapia había logrado ya disolver en gran parte su coraza superior y se vió frente a la tarea de destruir la coraza diafragmática. La situación terapéutica era bien clara. En la palabra hablada y en el esfuerzo consciente por dominar las corazas, había un inequívoco *Sí*. Pero cada vez que se lograba abrir una pequeña brecha en la coraza diafragmática, el cuerpo del paciente comenzaba a sacudirse *lateralmente* desde el diafragma hacia abajo. La expresión de este hecho se aclaró sólo después de considerables intentos de comprenderla: la parte inferior del cuerpo, con su movimiento lateral, expresaba un resuelto *No*. Basta mover la mano derecha de lado a lado, como diciendo “No, *nō*”, para captar esta expresión.

Podríamos exponer la interpretación psicologista, o más bien mística, según la cual el plasma, más allá del lenguaje verbal, dice *No* a algo que “la corteza” y el lenguaje verbal afirman. Semejante interpretación del proceso sería errónea y no nos acercaría a la comprensión de lo vivo y de su lenguaje expresivo. El abdomen y la pelvis del paciente no “consideraban” la tarea que se exigía al organismo, no “decidieron”

mantenerse firmes. La interpretación es distinta, y corresponde mejor al lenguaje expresivo de lo vivo.

Como dijimos, los movimientos plasmáticos de un gusano son *longitudinales*, según el eje del cuerpo. Cuando como resultado de las ondas orgonóticas de excitación el cuerpo del gusano se mueve hacia adelante, tenemos la "impresión" de que el gusano actúa "consciente" de su objetivo, "volitivamente". La expresión emocional del gusano puede traducirse a palabras de nuestro lenguaje que connoten "volición" o "afirmación". Si ahora fijamos la parte central del cuerpo del gusano, interrumpiendo así la excitación orgonótica tal como lo haría un acorazamiento, cesa el movimiento unitario hacia adelante, y con él la expresión emocional de "volición" o "afirmación", y es reemplazado por un tipo distinto de movimiento, por ejemplo un curvarse *hacia uno y otro lado* de la parte trasera, mientras la parte delantera se retrae. La impresión inmediata producida por este movimiento lateral es de dolor o de un violento "No, no haga eso, no quiero". No olvidemos que tratamos aquí con una *impresión*, es decir, una interpretación que *experimentamos en forma inmediata*, mientras observamos al gusano. Obraríamos en la misma forma si alguien nos apretara el torso con grandes pinzas: inevitablemente retraeríamos cabeza y hombros y lucharíamos lateralmente con pelvis y piernas.

Esta interpretación no significa, por supuesto, unirnos a los subjetivistas, quienes sostienen que "nada percibimos sino nuestras sensaciones" y que no existe una realidad correspondiente a esas sensaciones. Como todo lo vivo es funcionalmente idéntico, las reacciones del gusano ante la presión son idénticas a las nuestras en igual situación: el dolor y la defensa son las mismas reacciones. Es esta identidad funcional entre hombre y gusano lo que nos permite "impresionarnos" en el sentido correcto, *objetivamente verdadero*, ante la expresión del gusano que se retuerce. La expresión del gusano es lo que experimentamos mediante la identificación. Pero no experimentamos en forma inmediata el dolor del gusano y su objeción; por el contrario, percibimos una expresión emocional igual a lo que sería la nuestra en la misma situación dolorosa. De aquí se deduce que *captamos los movimientos expresivos y las expresiones emocionales de otro organismo vivo, a base de la identidad de nuestras propias emociones con las de todo lo vivo*.

Captamos el lenguaje de lo vivo *en forma inmediata* sobre la base de la identidad funcional de las emociones biológicas.

Después de haberla comprendido en este lenguaje biológico de la expresión, también la ponemos en "palabras", la traducimos al lenguaje verbal de lo consciente. Pero el "No, no" del lenguaje verbal no se vincula con el lenguaje de la expresión de lo vivo, tal como la palabra "gato" no se vincula con el gato real que vemos ante nosotros. La palabra "gato" y el sistema específico de plasma orgonótico que vemos ante nosotros, nada tienen que ver en realidad entre sí. Se trata simplemente, como lo demuestran los numerosos vocablos aplicables al fenómeno "gato", de uno de los términos elásticos, intercambiables, que se aplican a los fenómenos, movimientos, emociones, etc., reales.

Todo esto suena a filosofía natural. El lego tiene aversión a la filosofía natural y se sentirá inclinado a abandonar este libro pues, como quizá diga, “no se atiene a la dura realidad”. Este pensamiento es erróneo. Tendré que mostrar cuán importante es pensar *correctamente* y usar correctamente conceptos y palabras. Se demostrará que en los últimos diez años, mientras se descubrían las funciones de la materia viva, todo un mundo de biólogos, físicos, bacteriólogos de pensamiento mecanicista, etc., creían realmente que lo que se movía en la calle era la palabra “gato” y no un complicado organismo viviente.

Volvamos al *No-no* de nuestro paciente. La respuesta a este enigma es que *cuando una corriente plasmática no puede circular a lo largo del cuerpo por impedírselo los bloqueos transversales, se desarrolla un movimiento transversal que secundariamente, en lenguaje verbal, significa una negación*. Este “No” del lenguaje verbal corresponde al “No” del lenguaje expresivo de lo viviente. No por accidente se expresa la negación mediante un movimiento lateral de la cabeza, y la afirmación moviéndola desde arriba hacia abajo en sentido longitudinal. El *No-no* que nuestro paciente expresaba mediante los movimientos laterales de la pelvis, no desapareció mientras no se disolvió el bloqueo diafragmático. *En cambio, reapareció toda vez que se repitió este bloqueo*.

Estos hechos poseen una enorme importancia para comprender el lenguaje corporal. Nuestro paciente era negativista en general: su actitud caracterológica básica era también la negación. Sufría de esa actitud en forma aguda, luchaba contra ella, pero sin resultados. Pese a sus intentos conscientes e intelectuales de decir *Sí*, de ser positivo, su carácter expresaba constantemente la negación. Esta negación caracterológica no era difícil de comprender, tanto desde el punto de vista funcional como histórico. Como a tantos niños, su madre —severamente compulsiva— le había aplicado frecuentes enemas. Como tantos niños, las había sufrido con horror y con cólera interior. A fin de sojuzgar esta rabia, a fin de poder someterse de alguna manera a la tortura, se “restringió”, contrayendo el piso pélvico, conteniendo la respiración y desarrollando en general la actitud corporal del *No-no*. Como lo vivo que en él existía quería gritar *No-no* contra este ataque y no podía, adquirió para el resto de su vida una cicatriz irreparable: la expresión de su sistema de vida, hacia todas las cosas y todo el mundo, se convirtió en un *No-no*. Aunque este *No-no* caracterológico era un síntoma serio, constituía al mismo tiempo la expresión de una vigorosa protesta, en sus orígenes racional y justificada. Pero esta protesta en un comienzo racional había asumido la forma de una coraza crónica y como tal era rígida y dirigida contra todo.

Como lo he puesto de manifiesto en otro lugar, una experiencia infantil traumática puede tener efecto actual *sólo si está anclada en una rígida coraza*. Con el transcurso de los años, el *No-no* originalmente racional se convirtió en un *No-no* neurótico, irracional. Esto se debió al acorazamiento que, como vimos, expresaba la misma negación. La expresión negativa disminuyó cuando durante la terapia se disolvió la

coraza. Con eso, también perdió su significación patógena el ataque histórico por parte de la madre.

En términos de la psicología profunda, es correcto decir que en este caso estaba “suprimido” el afecto de la defensa, de gritar No-no. En la profundidad biológica, sin embargo, no se trataba de un No-no suprimido, sino de la incapacidad del organismo para decir Sí. En la vida, una actitud positiva, de dar, es posible sólo cuando el organismo funciona como una unidad total, cuando las excitaciones plasmáticas y sus correspondientes emociones pueden pasar libremente por todos los órganos y tejidos. En cuanto un solo bloqueo inhibe esta función, la expresión de dar se ve perturbada. Entonces tenemos niños que no pueden entregarse con plenitud a sus juegos, adolescentes que fracasan en sus estudios, adultos que se desempeñan como un automóvil con el freno de emergencia colocado. El observador tiene entonces la “impresión” de pereza, despecho o incapacidad. El individuo que sufre el bloqueo se experimenta a sí mismo como “fracasando a pesar de todos sus esfuerzos”. Traducido a nuestro lenguaje expresivo de lo viviente, eso significa: *El organismo comienza siempre, correctamente desde el punto de vista biológico, con la realización, es decir, con el fluir y el dar. Durante el pasaje de las excitaciones orgonóticas a través del organismo, sin embargo, el funcionamiento se inhibe y con ello la expresión de “realización gozosa” se convierte en un automático “No, no quiero”.* Esto significa que el organismo no es responsable por su falta de realización.

Ese proceso posee una significación general. He escogido mis ejemplos clínicos, de intento, entre los dotados de importancia general pues las restricciones del funcionamiento humano, tal como se las ha descrito, nos permitirán comprender mejor una serie de desafortunados fenómenos sociales que no pueden entenderse sin sus antecedentes biofísicos.

Después de esta prolongada pero inevitable digresión, volvamos al quinto segmento de la coraza. En los segmentos superiores, no tuvimos gran dificultad para discernir la expresión emocional. La inhibición de los músculos oculares, por ejemplo, se expresa en una mirada “vacía” ó “triste”; un mentón rígido puede expresar “rabia suprimida”; el “nudo en el pecho” se disolverá en llanto o en gritos. Aquí, en los cuatro segmentos superiores, comprendemos las expresiones emocionales *en forma inmediata* y el lenguaje corporal se traduce fácilmente al lenguaje verbal. Con el segmento diafragmático, las cosas son más difíciles. Cuando este segmento se ablanda, *ya no podemos traducir el lenguaje expresivo al lenguaje verbal.* La expresión que entonces surge nos conduce a profundidades de la función viva todavía no comprendidas. Estamos frente al problema de la manera concreta en que el animal hombre se vincula con el reino animal primitivo y con las funciones cósmicas del orgón.

Puede ablandarse la coraza del segmento diafragmático si el paciente produce repetidamente el reflejo de vómito sin interrumpir al mismo tiempo, pese a ello, su espiración. Con todo, esta medida da resultados sólo si se han disuelto previamente las corazas de los cuatro segmentos superiores, de modo que puedan funcionar con libertad las corrientes orgonóticas en las zonas de la cabeza, el cuello y el pecho.

En cuanto el diafragma oscila libremente, es decir, tan pronto como existe la respiración espontánea, el torso tiende a plegarse con cada espiración. Vale decir, la parte superior del cuerpo tiende hacia la pelvis, mientras la parte superior del abdomen retrocede. Este es el cuadro del *reflejo de orgasmo* tal como se nos presenta por primera vez, aunque todavía perturbado por no haberse ablandado la pelvis. La inclinación hacia adelante del torso mientras la cabeza es echada hacia atrás, expresa en forma inmediata "dar, entregarse". No es difícil de comprenderlo. Lo difícil de comprender, sin embargo, son las convulsiones hacia adelante. *La expresión de las convulsiones que aparecen en el reflejo de orgasmo es incomprensible en un comienzo. No puede traducirse al lenguaje verbal.* Debemos suponer alguna diferencia básica entre los movimientos expresivos encontrados hasta ahora y la expresión de la totalidad del cuerpo una vez disuelto el bloqueo diafragmático.

Al llegar a este punto debo pedir al lector mucha paciencia; el resultado final lo merece. Puedo decir que durante más de diez años debí tenerla yo mismo a fin de llegar al descubrimiento que habré de describir. En esos años estuve una y otra vez a punto de renunciar al intento de comprender el reflejo de orgasmo: tan carente de sentido parecía tratar de hacer comprensible este reflejo biológico básico. Pero insistí, pues no podía admitir que mientras lo vivo tiene un lenguaje expresivo comprensible en forma inmediata en todos los demás dominios, no expresara "nada" en el reflejo de orgasmo. Esto parecía demasiado contradictorio, demasiado "sin sentido". Me decía continuamente que era yo mismo quien había enunciado que lo vivo se limita a funcionar, que no tiene "significado"; que quizá la falta de significado de las convulsiones orgásticas era una simple demostración de esa afirmación. Sin embargo, la actitud de entregarse, de darse, que anuncia el reflejo de orgasmo, está llena de expresión y de significado. Las convulsiones orgásticas mismas están sin duda llenas de expresión. Hube de concluir que la ciencia natural no había aprendido todavía a comprender esta expresión general de lo vivo. En pocas palabras, "un movimiento expresivo sin una expresión emocional" parecía cosa absurda.

Lo que permitió la solución del problema fué el proceso del vómito que se produce a menudo cuando se ablanda la coraza diafragmática. Así como existe una incapacidad de llorar, también existe una incapacidad de vomitar. Desde el punto de vista de la biofísica orgónica, resulta fácil comprender esta incapacidad. El "nudo" del pecho, el "tragar" y la contracción de los músculos oculares, impiden el llanto. En la misma forma, el bloqueo diafragmático, junto con los anillos superiores de la coraza, impiden el movimiento peristáltico de la energía corporal hacia arriba, desde el estómago hacia la boca. En muchos casos de bloqueo diafragmático existe, junto a la incapacidad de vomitar, una náusea más o menos constante. No puede caber duda de que los llamados trastornos estomacales "nerviosos" son resultado directo del acorazamiento de esta zona. Vomitar es un movimiento expresivo biológico cuya función logra exactamente aquello que "expresa": la expulsión convulsiva de los contenidos corporales. Se basa en un movimiento peris-

táltico de estómago y esófago en dirección opuesta a la de su función normal, es decir, hacia la boca (antiperistalsis). El reflejo de vómito disuelve rápida y radicalmente el acorazamiento del segmento diafragmático. El vomitar va acompañado de una convulsión del cuerpo, un rápido plegarse del epigastrio, con un sacudimiento *hacia adelante* tanto de la cabeza como de la pelvis. En el cólico de los niños de corta edad, el vómito va acompañado de diarrea. En términos energéticos, *intensas ondas de excitación se desplazan desde la parte media del cuerpo hacia arriba y hacia abajo, hacia la boca y el ano*. La correspondiente expresión es tan elemental que no deja lugar a dudas en cuanto a su profunda naturaleza biológica; es sólo una cuestión de comprenderla.

El movimiento total del cuerpo en el vómito es en términos puramente fisiológicos —aunque no emocionales— el mismo que en el reflejo de orgasmo. Esto se confirma en el campo clínico: la disolución del bloqueo diafragmático anuncia inevitablemente las primeras convulsiones del cuerpo, que luego se desarrollan hasta constituir el reflejo total de orgasmo. Estas convulsiones van acompañadas de profundas espiraciones y de una onda de excitación que se desplaza desde la zona diafragmática hacia la cabeza por una parte, y hacia los genitales por otra.

Como sabemos, para establecer la convulsión total del cuerpo es indispensable ablandar los segmentos superiores de la coraza. Al desplazarse hacia la pelvis, la onda de excitación orgonótica encuentra siempre un bloqueo en la parte media del abdomen. Lo que sucede es que el abdomen se contrae rápidamente, o bien que la pelvis se retrae y se mantiene en esa posición.

La contracción de la parte media del abdomen representa el *sexto* anillo de la coraza. El espasmo de los músculos abdominales grandes (*Rectus abdominis*) va acompañado de una contracción espástica de los músculos laterales (*Transversus abdominis*) que van desde las costillas inferiores hasta el margen superior de la pelvis. Se los puede palpar con facilidad como cuerdas duras, dolorosas. En la espalda, este segmento está representado por las secciones inferiores de los músculos que corren a lo largo de la columna (*Latissimus dorsi*), sacroespinal, etc. También éstos pueden palparse como cuerdas duras, dolorosas. La disolución del sexto segmento es la más fácil de todas. Una vez lograda, queda abierto el camino al *séptimo* segmento o segmento pélvico.

La coraza de la pelvis comprende en la mayoría de los casos prácticamente todos los músculos pélvicos. Aquélla se retrae y se proyecta hacia afuera, en la espalda. El músculo abdominal situado por encima de la sínfisis es muy sensible, como lo son los aductores del muslo, tanto el superficial como el profundo. El esfínter anal se contrae y el ano se retrae hacia arriba. Los músculos glúteos duelen. La pelvis está “muerta” y carece de expresión. Esta falta de expresión es la expresión emocional de la asexualidad. En el sentido emocional, no hay percepción de sensaciones o de excitaciones; los síntomas patológicos, por otra parte, son muy numerosos:

Hay constipación, lumbago, varios tipos de acrecencias en el recto, inflamación de los ovarios, pólipos en el útero, tumores benignos y ma-

lignos, irritabilidad de la vejiga, anestesia vaginal, anestesia de la superficie del pene con irritación de la uretra. Existe con frecuencia leucorrea con desarrollo de protozoarios en el epitelio vaginal (*Trichomonas vaginalis*). En el hombre, la anorgonía de la pelvis da como resultado la impotencia erectiva o la eyaculación prematura; en la mujer encontramos completa anestesia vaginal o espasmo de los músculos vaginales (vaginismo).

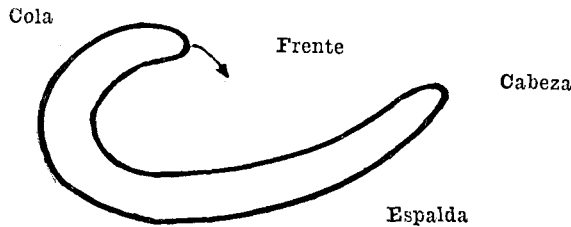
Existe una *angustia pélvica* específica y una *cólera pélvica* específica. Tal como en el acorazamiento de los hombros, la coraza pélvica contiene también las emociones de angustia y de ira. La impotencia orgásmica crea impulsos *secundarios* de lograr la gratificación sexual por la fuerza. Así, mientras los impulsos del acto sexual comienzan conforme al principio biológico del placer, lo que sucede es lo siguiente: *las sensaciones de placer conviértense inevitablemente en impulsos de cólera, pues la coraza no permite el desarrollo de movimientos involuntarios*, de convulsiones, en este segmento. Se desarrolla entonces un doloroso sentimiento de “tener que terminar”, el cual no puede calificarse sino de sádico. Como en todo el dominio de lo viviente, también en la pelvis *el placer inhibido se convierte en rabia y la rabia inhibida en espasmos musculares*. Esto se demuestra con facilidad en el campo clínico: no importa hasta dónde haya llegado la disolución de la coraza pélvica, ni tampoco cuánta movilidad haya adquirido la pelvis: *no habrá en ella sensaciones de placer mientras no se haya liberado la rabia de los músculos pélvicos*.

Tal como en otros segmentos de la coraza, hay un “golpear” o “atravesar” mediante violentos movimientos de la pelvis hacia adelante. La correspondiente expresión es inequívoca. Además de la expresión de cólera, existe también una de desprecio: desprecio por la pelvis y por todos sus órganos, desprecio por el acto sexual y en particular por la pareja sexual. En base a la amplia experiencia clínica, afirmo que sólo en pocos casos de nuestra civilización el acto sexual se apoya en el amor. La ira, el odio, las emociones sádicas y el desprecio son partes integrantes de la vida amorosa del hombre moderno. No me refiero a los casos definidos en los cuales el acto sexual se basa en motivos mercenarios; me refiero a la mayoría de las personas, en todos los estratos sociales. Sobre esto se asienta lo que ha llegado a constituir un axioma científico: *“omne animal post coitum triste”* (“Todos los animales se muestran tristes después del acto sexual”). El hombre sólo ha cometido el error de atribuir su propia decepción también al animal. La rabia y el desprecio vinculados con el acto sexual se expresan vivamente en las “malas palabras” que por lo común se le aplican.

4. LA EXPRESIÓN EMOCIONAL DEL REFLEJO DE ORGASMO Y LA SUPERPOSICIÓN SEXUAL

Como hemos visto, la coraza pélvica tiene una expresión fácilmente traducible al lenguaje verbal, y las emociones liberadas de ella hablan un lenguaje claro. Esto es cierto, sin embargo, sólo aplicado a las emo-

ciones de la coraza. No se lo puede aplicar a los movimientos expresivos que aparecen en forma regular *después* de disueltas la angustia y la rabia. Estos consisten en suaves movimientos de la pelvis hacia adelante y expresan a las claras deseo. Recuerdan los movimientos rítmicos de la cola de insectos tales como abejas o avispas, movimiento que se aprecia con especial claridad durante el acto sexual de insectos como las libélulas o mariposas. La forma básica de este movimiento es la siguiente:



Continúa la expresión de entregarse. La percepción subjetiva nos dice que esta actitud va acompañada por un *anhelo*. La cuestión es: ¿anhelo de qué? ¿y entrega a qué?

El lenguaje verbal expresa el objetivo del anhelo y la función de la entrega como sigue: a medida que el organismo desarrolla el reflejo de orgasmo, hace su inequívoca aparición el anhelo de "gratificación". El objetivo es, claramente, el del acto sexual. En éste uno se "entrega" a la sensación placentera; uno "se da por enteró" a la pareja.

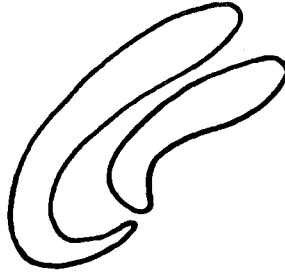
El lenguaje verbal parece describir este fenómeno natural en forma inequívoca. Pero es un mero *parecer*. Como el lenguaje verbal es sólo una traducción del lenguaje expresivo de lo viviente, no sabemos si las palabras "acto sexual" y "gratificación" expresan en realidad la función del reflejo de orgasmo. Además, la expresión de las *convulsiones* orgásticas no puede traducirse al lenguaje verbal. Demos un paso más en cuanto a poner en duda la capacidad de ese lenguaje para captar los fenómenos naturales *en forma inmediata*. Nuestra pregunta siguiente desconcertará al lector. Pero después de cierta consideración, deberá admitir que las palabras a menudo oscurecen los procesos, en lugar de explicarlos. La pregunta es la siguiente:

¿Cuál es la razón de la extraordinaria significación del impulso genital? Nadie pone en duda su poder elemental, nadie puede evitarlo. Todo el mundo de lo viviente está sometido a él. La copulación y las funciones biológicas con ella vinculadas constituyen la función básica de lo vivo, la que garantiza su existencia continuada. La copulación es una función básica del "plasma germinal" en el sentido de Weissman, plasma inmortal en el sentido estricto de la palabra. La especie hombre ha negado sencillamente esta poderosa fuerza natural, pero de ninguna manera la ha abolido. Conocemos las terribles tragedias creadas por esta actitud.

La existencia de lo viviente se debe a la *superposición de dos sistemas* orgonóticos de distinto sexo. Debemos admitir que no tenemos res-

puesta a la más sencilla de todas las preguntas: *¿Cuál es el origen de esta superposición de dos organismos vivos de distinto sexo? ¿Cuál es su importancia y su "significado"? ¿Por qué la existencia continuada de la naturaleza viva está ligada a esta forma de movimiento y no a alguna otra?*

La forma más común de este movimiento de superposición sexual es la siguiente:



La superposición sexual va acompañada de la luminación orgonótica de las células corporales, de la penetración y fusión de dos sistemas de energía orgonótica en una sola unidad funcional. En el momento culminante de la excitación (= luminación) los dos sistemas orgonóticos, convertidos en *uno*, descargan su energía en convulsiones clónicas. En este proceso, se liberan sustancias sumamente cargadas (las células espermáticas), las cuales continúan a su vez la función de superposición, penetración y fusión.

El lenguaje verbal nada puede explicar aquí. Sus conceptos del proceso de la superposición sexual derivan de las sensaciones orgánicas que dieron origen a esa superposición, que la acompañan y la siguen. "Anheló", "impulso", "copulación", "gratificación", etc., son meras imágenes de un proceso natural. A fin de comprender este proceso, tenemos que encontrar otros procesos naturales primarios que tengan una significación más general que la superposición sexual de los organismos y que sean ciertamente más profundos que las sensaciones orgánicas a las cuales corresponden los conceptos del lenguaje verbal.

No cabe duda que el reflejo de orgasmo sigue leyes naturales. En todo tratamiento exitoso, aparece siempre cuando se ha disuelto por completo la coraza segmentada que lo impedía. Tampoco cabe duda de que también la superposición sexual sigue leyes naturales. Sucede en forma inevitable cuando el reflejo de orgasmo funciona con libertad y si no existen obstáculos sociales que lo impidan.

Tendremos que acumular gran número de fenómenos naturales antes de comprender el lenguaje expresivo de lo vivo en el reflejo de orgasmo y en la superposición. El fracaso del lenguaje verbal a este respecto apunta a una función natural *más allá* del dominio de lo viviente. No, por supuesto, en el sentido de algo místico sobrenatural, sino en el sentido de una *vinculación funcional entre la naturaleza viva y la no viva*.

Debemos suponer que el lenguaje verbal puede describir sólo aquellas manifestaciones de la vida que pueden expresarse en términos de sensaciones orgánicas y de las correspondientes expresiones, tales como cólera, placer, angustia, fastidio, pena, entrega, etc. Las sensaciones orgánicas y los movimientos expresivos, sin embargo, no son lo último. En determinado punto, la ley natural de la substancia no viva debe necesariamente penetrar en lo vivo y expresarse en ello. No puede ser de otra manera si lo vivo deriva de lo no vivo, y vuelve a ello. Si bien las sensaciones orgánicas que corresponden específicamente a lo vivo, pueden traducirse al lenguaje verbal, *no pueden volcarse a este lenguaje* aquellos movimientos expresivos que no pertenecen específicamente a lo vivo, sino que derivan del dominio de lo no vivo. Como lo vivo deriva de lo no vivo, y como la materia no viva deriva de la energía cósmica, debemos llegar a la conclusión de que *existen en lo vivo funciones de la energía cósmica*. Los intraducibles movimientos expresivos del reflejo de orgasmo en la superposición sexual podrían en consecuencia representar la función orgónica cósmica.

Sé cuán vasto es el alcance de esta hipótesis de trabajo, pero es algo inevitable. Que el anhelo orgástico, es decir, el anhelo de superposición, va siempre acompañado de anhelo cósmico y de sensaciones cósmicas, es un hecho clínico. Las ideas místicas de tantas religiones, la creencia en una vida posterior, en un más allá y en la reencarnación de las almas, derivan todas del anhelo cósmico y éste tiene un firme anclaje en los movimientos expresivos del reflejo de orgasmo. *En el orgasmo, lo vivo no es sino una porción de naturaleza pulsante*. Después de todo, la concepción del hombre, del animal en general como “una porción de naturaleza”, es conocida por todos y está ampliamente difundida. Pero es más fácil utilizar una frase que comprender en forma científica en qué consiste *concretamente* esta identidad funcional entre lo vivo y la naturaleza. Es sencillo afirmar que el principio de una locomotora es básicamente idéntico al de una carretilla primitiva; pero es necesario decir cómo se ha desarrollado en el transcurso de miles de años, el principio de la locomotora a partir del de la carretilla.

El problema del lenguaje expresivo de lo vivo plantea preguntas difíciles. Busquemos un poco más lejos aún, los rasgos comunes que vinculan las formas más altamente desarrolladas de la vida con las inferiores.

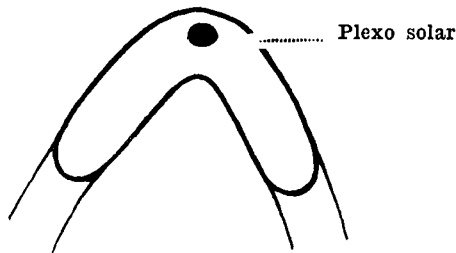
La técnica de la orgonterapia nos ha enseñado que *en el animal hombre existe todavía un gusano*. No puede significar otra cosa la estructura segmentada de los anillos de la coraza. La disolución de este acorazamiento segmentado pone en libertad movimientos expresivos y corrientes plasmáticas independientes de la anatomía de músculos y nervios. Corresponden mucho más de cerca a los movimientos peristálticos de un intestino, de un gusano o un protozoo.

Todavía encontramos con frecuencia el concepto de que el hombre —a pesar de su evolución a partir de formas filogenéticamente más antiguas— representa un ser vivo de *tipo nuevo*, sin relación con las formas que le precedieron. En los segmentos de la columna vertebral y en los

ganglios, queda expresado con claridad el carácter segmentado y, con él, el carácter vermicular del sistema biológico. Este sistema, sin embargo, es segmentado no sólo en el sentido morfológico, esto es, en su forma rígida. Las funciones orgónicas y los anillos de la coraza representan también segmentos *funcionales*. No son —como podríamos decir refiriéndonos a las vértebras— restos de un pasado muerto, subsistentes en un presente vivo. Representan más bien el aparato funcional más activo y más importante del presente, el núcleo de todas las funciones biológicas del animal hombre. De las funciones de los segmentos derivan las biológicamente importantes sensaciones orgánicas y las emociones, placer, angustia y rabia. También *la expansión y la contracción*, como funciones del placer y la angustia, están presentes desde la ameba hasta el hombre. Llevamos la cabeza en alto en el placer y la retraemos en la angustia, tal como hace el gusano. Si la ameba y el gusano continúan expresándose en el hombre como una parte básica de su funcionamiento emocional, es correcto tratar de vincular el reflejo biológico básico de la superposición orgástica con las más sencillas funciones plasmáticas, a fin de comprenderlo.

Como dijimos, la disolución del bloqueo diafragmático conduce en forma inevitable a las primeras convulsiones orgásticas. También dijimos que las extremidades representan sólo continuaciones del pecho y del segmento pélvico. *El aparato ganglionar más extenso y más importante está ubicado en la parte media del torso, próximo a la espalda.*

Todos hemos visto levantar un gato sosteniéndolo por la piel del lomo. El cuerpo del gato parece doblado en dos, la cabeza cerca de la pelvis, cabeza y patas cuelgan blandamente, algo parecido a la figura siguiente:



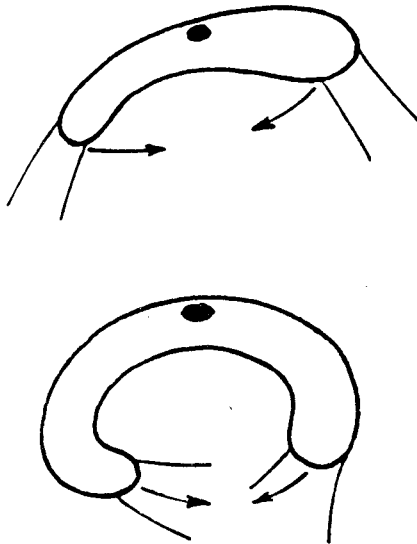
Podemos concebir cualquier otro animal en esta posición, incluso el hombre. Como siempre que el cuerpo adopta cierta actitud, existe una expresión. No es fácil reconocer de inmediato la expresión de esta actitud. Al cabo de alguna observación, tenemos la imagen de una medusa con sus tentáculos.

La biofísica tendrá que aprender a leer *formas de movimiento en las formas corporales, y expresiones en las formas de los movimientos*. Más adelante tendremos algo más que decir sobre este punto. En este momento, bastará la analogía con la medusa. Podemos ir más allá en esta analogía. El aparato nervioso central de la medusa está ubicado en la parte media de la espalda, como el plexo solar en los vertebrados.

Cuando la medusa se mueve, los extremos del cuerpo se acercan y se alejan unos de otros, en rítmica alternancia. Llegamos entonces a la siguiente suposición:

Los movimientos expresivos que se producen en el reflejo de orgasmo son funcionalmente idénticos a los de una medusa viva cuando nada. En ambos casos los extremos del cuerpo, es decir, del torso, se mueven uno hacia el otro como tendiendo a tocarse. Cuando están próximos, tenemos una contracción; cuando están lo más separados posible, tenemos una dilatación o relajamiento del sistema orgonótico. Es una forma muy primitiva de *pulsación biológica*. Si esta pulsación se acelera hasta adoptar la forma *clónica*, tenemos ante nosotros el movimiento expresivo de la convulsión orgástica.

La expulsión de las huevas en los peces y del semen en los animales superiores, está ligada a esta convulsión plasmática de la totalidad del cuerpo. La convulsión orgástica va acompañada de una gran excitación, que experimentamos como el placer de la "culminación". El movimiento expresivo del reflejo de orgasmo representa pues una movilización actual, de suma importancia, de una forma biológica de movimiento que se remonta hasta la medusa. El dibujo que sigue muestra la forma de campana y la forma de movimiento propia de la medusa:



Considerándolo mejor, la identidad funcional entre el movimiento de la medusa y la convulsión orgástica parece menos extraña. Cuando pensamos que en la estructura segmentada de los anillos de la coraza y de las funciones emocionales hemos encontrado al gusano existente en el hombre, no nos sorprende mucho que en la convulsión total del cuerpo se exprese la función de la medusa. Debemos aceptar que no se trata de restos muertos, arcaicos, de un pasado filogenético, sino de funciones

actuales, de gran significación bioenergética, existentes en organismos altamente evolucionados. Las funciones plasmáticas más primitivas y las más altamente desarrolladas coexisten lado a lado. El desarrollo de funciones complicadas en el organismo, de las funciones “superiores” como las denominamos, no modifica la existencia o función de la “medusa en el hombre”. Es precisamente esta medusa en el hombre lo que representa su unidad con el mundo animal inferior. Tal como la teoría de Darwin estableció el origen del hombre en los vertebrados inferiores, basándose en su morfología, en la misma forma la física orgónica reduce las funciones *emocionales* del hombre aún mucho más, a las formas de movimiento de los moluscos y protozoarios.

Lo que se denomina “la naturaleza en el hombre”, puede sacarse pues fuera del dominio de la fantasía mística y poética, y puede traducirse al lenguaje concreto de la ciencia natural. No se trata de metáforas o de analogías, y tampoco de percepciones sentimentales, sino de procesos concretos, visibles y manejables de la sustancia viva.

CAPÍTULO XVI

LA ESCISION ESQUIZOFRENICA

I. EL "DIABLO" EN EL PROCESO ESQUIZOFRÉNICO

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. Al escribir lo que antecede tengo presente el proceso esquizofrénico que en la psiquiatría clásica se denomina "*dementia paranoidea*" o "*praecox*" y no el llamado "estupor catatónico", ni el "proceso hebefrénico". Mientras el catatónico se caracteriza en su forma típica por el total alejamiento de la realidad y el total acorazamiento muscular; mientras el proceso hebefrénico consiste principalmente en un lento y aletargado deterioro del funcionamiento biofísico, las fases iniciales de la esquizofrenia paranoidea, en especial en la pubertad, se caracterizan por ideas extrañas, experiencias místicas, ideas de persecución y alucinaciones, pérdida del poder de asociación racional, pérdida del significado fáctico de las palabras y, básicamente, por una lenta desintegración del funcionamiento organísmal, es decir, unitario.

Me limitaré a aquellos procesos del esquizofrénico que conciernen a nuestra línea principal de pensamiento: el "diablo" como representante de la naturaleza pervertida del hombre. Esto comprende el dominio de los impulsos secundarios, perversos y antisociales que se manifiestan muy raras veces en neuróticos bien acorazados; el dominio de las sensaciones biofísicas primarias, las corrientes plasmáticas y las experiencias derivadas del contacto con las funciones cósmicas, experiencias bloqueadas casi por completo en el hombre llamado normal; por último, comprende también las ideas de persecución tal como las experimenta un biosistema enfermo, aunque sumamente sensible.

El mundo del esquizofrénico 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

* Concebido en 1940-1948. Escrito en inglés por el autor, agosto-setiembre 1948.

experiencias que el esquizofrénico. La psiquiatría profunda no deja dudas al respecto. El *homo normalis* difiere del esquizofrénico sólo en que estas funciones están ordenadas en otra forma. Es un comerciante o empleado o profesional bien adaptado, “consciente de la sociedad” durante el día; superficialmente, se le ve ordenado. Vive sus impulsos secundarios, perversos, cuando abandona su hogar y su oficina para visitar alguna ciudad alejada, en ocasionales orgías de sadismo o promiscuidad. Esta es la “capa intermedia” de su existencia, clara y definitivamente separada del estrato superficial. Cree en la existencia de un poder sobrenatural personal y en su opuesto, el *diablo* y el infierno, en un tercer grupo de experiencias también clara y definitivamente delineadas respecto de las otras dos. Estos tres grupos básicos no se mezclan entre sí. *Homo normalis* no cree en Dios cuando concierne algún negocio particularmente hábil, hecho que los sacerdotes califican de “pecaminoso” en sus sermones dominicales. *Homo normalis* no cree en el diablo cuando fomenta alguna causa científica; carece de perversiones cuando es el apoyo de su familia; y olvida a mujer e hijos cuando deja en libertad al diablo en un burdel.

Existen psiquiatras que refutan la veracidad de esos hechos. Otros no los refutan, pero dicen que “así son las cosas”; que este tipo de clara separación entre el infierno diabólico y el estrato social es sólo para bien y hace a la seguridad del funcionamiento social. Pero el auténtico creyente en el verdadero Jesús podría oponerse a esto. Podría decir que el dominio del diablo debe ser aniquilado y no dejarlo a un lado *aquí* sólo para permitirle aparecer *más allá*. Otra mentalidad ética podría objetar a esto que la verdadera virtud no se muestra en la ausencia del vicio sino en la resistencia a las tentaciones del diablo.

No deseo tomar parte en esta controversia. Creo que, otra vez *dentro* de este marco de pensamiento y de vivir, cada uno de los bandos puede jactarse de alguna verdad. Queremos permanecer fuera de este círculo vicioso a fin de comprender al diablo tal como aparece en la vida diaria y en el mundo del esquizofrénico.

Lo cierto es que el esquizofrénico en general, es mucho más honesto que el *homo normalis*, si aceptamos la derechura de expresión como indicio de honestidad. Todo buen psiquiatra sabe que el esquizofrénico es honesto hasta el punto de la molestia. También es lo que comúnmente se llama “profundo”, es decir, está en contacto con los acontecimientos. La persona esquizoidea ve a través de la hipocresía y no la oculta. Posee una excelente aprehensión de las realidades emocionales, en marcado contraste con el *homo normalis*. Subrayo estas características esquizofrénicas a fin de que resulte comprensible por qué el *homo normalis* odia tanto la mentalidad esquizoidea.

La validez objetiva de esta superioridad del juicio esquizoideo se manifiesta en forma bien práctica. Cuando deseamos llegar a la verdad de los hechos sociales, estudiamos a Ibsen o a Nietzsche —ambos “enloquecieron”— y no los escritos de algún diplomático bien adaptado o las resoluciones de los congresos del partido comunista. Encontramos el carácter ondulatorio y el azul de la energía orgónica en las maravi-

llosas pinturas de Van Gogh, y no en ninguno de sus bien adaptados contemporáneos. Encontramos las características esenciales del carácter genital en los cuadros de Gauguin y no en pintura alguna del *homo normalis*. Tanto Van Gogh como Gauguin terminaron psicóticos. Y cuando deseamos aprender algo acerca de las emociones humanas y de las experiencias humanas profundas, recurrimos como biopsiquiatras al esquizofrénico y no al *homo normalis*. Ello se debe a que el primero nos dice con franqueza lo que piensa y lo que siente, mientras el *homo normalis* nada nos dice y nos obliga a excavar años enteros antes de sentirse dispuesto a mostrar su estructura interna. Por consiguiente, mi afirmación de que el esquizofrénico es más honesto que el *homo normalis* parece correcta.

Al parecer, se trata de un estado de cosas bien triste. Debiera ser a la inversa. Si el *homo normalis* es realmente tan normal como lo pretende; si sostiene que la autorrealización y la verdad son las metas más elevadas del bien individual y de la vida social, debiera ser mucho más capaz que el "loco" y más dispuesto a manifestarse a sí mismo y a su médico. Debe haber algo básicamente erróneo en la estructura del *homo normalis* si es tan difícil obtener de él la verdad. Declarar, como lo hacen los psicoanalistas bien adaptados, que es como debe ser porque de otra manera le sería imposible resistir el impacto de todas sus emociones, equivaldría a una completa resignación respecto al mejoramiento del destino humano. No podemos basar un mejoramiento de las condiciones en el conocimiento más amplio del alma humana y, al mismo tiempo, defender su resistencia a manifestarse a sí mismo. Una cosa o la otra: o bien continuamos ampliando el alcance de nuestro conocimiento del hombre y entonces debemos condenar la actitud evasiva general del *homo normalis*, o bien defendemos esta actitud y debemos renunciar a la tarea de comprender la mentalidad humana. No existe otra posibilidad.

A fin de comprender al *homo normalis* y a su opuesto, el carácter esquizoideo, debemos volver a colocarnos fuera del sistema de pensamiento de ambos. El *homo normalis* bloquea totalmente la percepción del funcionamiento orgonótico básico mediante un rígido acorazamiento; en el esquizofrénico, en cambio, la coraza prácticamente se desintegra y con ello el biosistema se ve inundado de experiencias profundas provenientes del núcleo biofísico, experiencias que el paciente no puede afrontar. Por lo tanto, es comprensible que el *homo normalis* acorazado desarrolle angustia cuando se siente amenazado por los descubrimientos de la orgonomía, mientras el carácter esquizoideo los comprende al instante y con facilidad, y se siente atraído hacia ellos. Por la misma razón el místico, próximo al carácter esquizoideo desde el punto de vista estructural, capta por lo general los hechos orgonómicos, aunque sólo como en un espejo, mientras el mecanicista rígido mira con arrogante desdén todos los razonamientos científicos en el dominio de las emociones y los tacha de "no científicos".

Sugiero que estudiemos los pormenores destacados de estas importantes funciones humanas mediante un caso concreto de esquizofrenia

paranoidea. Esto nos brindará una imagen del dominio del diablo, mucho mejor que cualquier abstracción meramente teórica a base de la experiencia psiquiátrica clínica.

El mundo experimental del esquizofrénico es ilimitado y tan rico en variantes que debemos limitar nuestro tema a aquellos pormenores relacionados con nuestro tema principal:

¿Cómo experimenta el esquizofrénico su núcleo biofísico?

¿Por qué su yo se desintegra de manera tan típica?

Presentaré la historia clínica de una esquizofrénica paranoidea. El psiquiatra clínico comprenderá que debo disfrazar el caso aquí presentado, en forma tal que no pueda establecerse la identidad de la paciente logrando al mismo tiempo que los mecanismos típicos de la enfermedad surjan con claridad.

Fué el primer caso de esquizofrenia que traté en forma experimental con la orgoterapia. Encaré el caso con ciertas suposiciones teóricas generales derivadas de mis experiencias anteriores con esquizofrénicos, tales como las siguientes:

1. El ordenamiento psicoanalítico de las funciones mentales conforme a los tres grandes dominios de yo, superyó y ello, debe diferenciarse en forma clara del ordenamiento *biofísico* de las funciones del organismo total según los dominios funcionales del *núcleo bioenergético (sistema plasmático)*, periferia (*superficie de la piel*), y *campo de energía orgónica* más allá de la superficie corporal. Estas dos estructuras teóricas definen de distinta manera diferentes ámbitos de la naturaleza. Ninguna de las dos se aplica en el otro dominio del funcionamiento *organismico*. Existe *un solo punto* donde ambos esquemas teóricos se encuentran y es el “*ello*” de la teoría psicoanalítica, donde termina el ámbito de la psicología y comienza el de la biofísica, *más allá* de la psicología.

2. El enfoque terapéutico más eficaz para toda enfermedad emocional (= biofísica) es, si posible o indicado, *retirar la bioenergía de los síntomas biopáticos*. A fin de destruir los síntomas psiconeuróticos o psicóticos, es innecesario e incluso perjudicial adentrarse en todos los pormenores de las incontables ramificaciones patológicas; en cambio, abriendo el núcleo del biosistema y estableciendo una economía energética balanceada, se hará desaparecer en forma automática los síntomas ya que, vistos desde el punto de vista energético, son resultados de un metabolismo energético alterado en el biosistema.

3. Grandes peligros se presentan en los neuróticos y también en los psicóticos cuando comienza a disolverse la coraza. Se requiere la máxima precaución y habilidad médica para guiar este proceso. Por consiguiente, la práctica de la orgoterapia médica está limitada a los médicos bien adiestrados. Conocemos nuestra responsabilidad mejor que cualquiera otra persona y no necesitamos nos la recuerden quienes saben muy poco de orgonomía.

Yo sabía de antemano que la paciente sufriría un colapso, o podría sufrirlo, cuando su coraza se disolviera por completo. Pero la probabilidad de soportar el procedimiento era suficientemente elevada para per-

mitir el experimento. La paciente había estado internada en hospicios varias veces, durante largos períodos de años enteros. El diagnóstico era “esquizofrenia” y, según los informes, se hallaba en el proceso de deterioro. La desintegración final era inevitable; por lo tanto, el riesgo corrido en este caso no era demasiado grande y el panorama era suficientemente prometedor para satisfacer la conciencia del médico experimentador.

La paciente, una muchacha irlandesa de treinta y dos años, fué traída a mi consultorio por sus parientes, quienes habían oído hablar de mi nueva manera médica de encarar las biopatías. Les informé del gran peligro de precipitar un colapso y se mostraron dispuestos a afrontarlo y firmar una declaración a tal efecto. También les previne del riesgo de un repentino estallido de destructividad. Como yo conocía bien las manifestaciones que preceden a un ataque destructivo, estaba seguro de poder percibir el peligro a tiempo. Por lo tanto, emprendí el experimento fuera de la institución hospitalaria, bajo la estricta condición de que siempre debía estar cerca de la paciente una enfermera o un familiar y de que a los primeros indicios de intranquilidad y destructividad, se la debía enviar al hospital. Una última condición fué que la paciente, en esa época en libertad bajo palabra de honor, debía ver en forma regular al médico encargado del control de ese tipo de pacientes y que debían hacerse con la institución donde había estado internada, todos los arreglos necesarios para su inmediata internación en caso de un colapso total. También me mantuve en contacto epistolar con el psiquiatra a cargo del caso en el hospital, y logré asegurar su cooperación.

Estas precauciones son indispensables si uno quiere tratar a un esquizofrénico fuera de una institución hospitalaria. Preferiríamos confiar en una institución que practique la orgonoterapia experimental dentro de sus muros; pero por desgracia los hospicios —con muy pocas excepciones— no son propensos a molestarse en estudiar los intentos médicos nuevos, quizá fructíferos en el tratamiento de la esquizofrenia. La terapia a base de shock está demasiado al alcance de las manos, y embota las actividades en el campo de la esquizofrenia; por otra parte, son demasiados los psicóticos que requieren atención, y muy escasos, los médicos. No hay tiempo para investigaciones científicas extensas y profundas. Comprendo esta actitud, aunque no puedo perdonarla. Algunos casos de esquizofrenia bien comprendidos, en lugar de sometidos a shocks, ahorrarían a la sociedad, en última instancia, incontables millones de dólares. Parece demasiado esperar tamaña previsión. Se sabe que los hospicios son en realidad cárceles para psicóticos, con escasa atención médica, escasos fondos y, en la mayoría de ellos, sin investigación de ninguna clase. Además, algunos administradores de hospicios se resisten a considerar todo intento serio de mejorar la condición de estos pacientes. A veces, incluso reciben tales intentos con gran hostilidad.

Esta breve descripción de la situación *social* bastará quizá para explicar mis precauciones y mi disposición a correr el riesgo. Conocía

perfectamente bien el peligro, pero la posible recompensa parecía suficientemente grande. No quedé decepcionado.

La paciente, que se había refugiado en un hospicio durante muchos años y que estaba ya en plena decadencia en la época en que la acepté para el experimento, ha vivido más de seis años fuera del hospital una vez terminado el tratamiento. Reinició sus actividades profesionales; el proceso de deterioro se detuvo. La paciente volvió a adquirir la posibilidad de desarrollar su vida social en muchas formas.

No puede decirse por anticipado si esta situación perdurará. Confío en que así sea. La recompensa científica y médica fué grande: *la orgonoterapia puede aplicarse con éxito a ciertos casos de esquizofrenia, cuando todos los demás métodos fracasan*. El resultado justificó el riesgo corrido. Además, se confirmó la teoría orgonómica en algunos de sus supuestos básicos y se ajustó en otros. Muchos hechos totalmente nuevos sobre el funcionamiento básico del biosistema humano quedaron establecidos en forma segura, y por primera vez en la historia de la medicina y la psiquiatría, se dió respuesta a algunas cuestiones centrales en cuanto a la índole de los mecanismos paranoídeos en la esquizofrenia.

Describiré el experimento terapéutico de sesión en sesión, tal como se desarrolló durante un período de tres meses. Inmediatamente después de cada sesión tomé cuidadosas notas sobre los pormenores más esenciales y llevé un registro especial de la línea general de desarrollo a fin de descubrir, si era posible, alguna consistencia o ley en este desarrollo. En sí mismo, nada nuevo ofrecía el caso en cuanto a manifestaciones o sintomatología de la psicosis esquizofrénica. Lo nuevo, sin embargo, es la respuesta a las medidas orgonoterápicas. Esta respuesta puso de manifiesto algunas vinculaciones hasta entonces ignoradas entre las funciones esquizoideas conocidas y trajo a luz algunas funciones nuevas de la profundidad del biosistema, de la mayor importancia para la comprensión de la biología humana en general.

Aspecto exterior de la paciente:

La primera impresión no era la de una esquizofrénica. Hablaba de sus síntomas en forma coherente y ordenada. Se percibía un gran desasosiego en el fondo de su conducta; hablaba en forma artificialmente seria. Parecía muy inteligente, daba respuestas penetrantes a las preguntas más difíciles y conocía el lenguaje psiquiátrico en una forma desusadamente clara. Dijo haber ansiado conocer un psiquiatra que comprendiera sus emociones internas, pero los psiquiatras siempre la creían "loca". Sus ojos tenían la típica mirada perdida en la lejanía, algo velada, del carácter esquizofrénico. Por momentos se confundía, pero volvía a conquistar con facilidad su claridad. A medida que la conversación progresaba pudimos discernir claramente ciertos temas que trataba de evadir. Al preguntarle si tenía noticias de algunas experiencias raras o desusadas, sus ojos "se obscurecieron" y dijo: "Estoy en contacto con algunas fuerzas poderosas, pero no están ahora presentes".

El tema estaba claramente cargado de emoción y no insistimos más en él. Era claro, además, que "disimulaba" y disfrazaba su situación. Se

declaró dispuesta a someterse al experimento de la orgonoterapia. Había leído la literatura al respecto y creía que yo estaba en lo cierto.

1ª sesión:

Limité el trabajo a orientarme acerca de su coraza y sus defensas caracterológicas. Sus particularidades se mostraron en forma más marcada que durante la entrevista inicial. Comprendió en forma excelente el principio de la orgonoterapia. Durante años había sabido que la mayoría de la gente estaba acorazada y por ello no comprendía la vida interior del esquizofrénico, “que todo lo siente y lo conoce”. Traté de averiguar algo más acerca de las “fuerzas”, pero se negó a hablar de ellas. Nada tenía que ver, dijo, con sus propios acicates interiores. La paciente tenía un excelente contacto con los temas de la discusión.

Parecía *no respirar*. El examen físico mostró que su pecho aparecía blando, *no rígido* como en los casos de neurosis de compulsión. Esta blandura y movilidad del pecho se encontraron posteriormente en otros esquizofrénicos iniciales. Debiera ahondarse la investigación sobre la medida en que la falta de acorazamiento en el pecho es o no una característica de la biopatía esquizofrénica.¹

La blandura de su pecho hubiese parecido normal de no haber estado acompañada por *falta de respiración*. La respiración era tan superficial que parecía faltar por completo. Al indicarle que inhalara y espirara en forma audible, se negó a hacerlo; más tarde quedó demostrado que era *incapaz* de hacerlo. Parecía detener la respiración en algún punto de los segmentos cervicales.

Su intranquilidad iba en aumento, miraba con angustia las paredes y el cielorraso. “Hay algunas sombras”, decía. De pronto, hizo el signo de la cruz sobre el pecho, con ambas manos. “Estoy consagrada; las fuerzas vienen a mí; puedo convocarlas y hacerlas acudir; las fuerzas me aman...”

Le pregunté si esas fuerzas la habían incitado alguna vez a cometer un asesinato. Muy pronto debería responder a esta pregunta, le dije. Pues si el experimento había de desarrollarse en forma segura, debíamos saber todo lo posible acerca de las fuerzas. Le pregunté si prometería comunicarme de inmediato cuando las fuerzas le alentaran a cometer actos peligrosos para ella misma o para otras gentes. Me lo informaría de inmediato, prometió en tono de profunda sinceridad. Me informó que a veces las fuerzas la incitaban a matar. Una vez, en el andén de una estación de ferrocarril, había sentido de pronto como la *obligación* de empujar a una mujer y hacerla caer a las vías.

Apenas había terminado esta oración cuando se distrajo totalmente; no prestó más atención a mis preguntas y pareció completamente disociada. Murmuraba en forma incoherente e ininteligible. Sólo pude discernir las palabras “...Las fuerzas traicionaron... qué he dicho...”

Supé por intermedio de sus familiares que la paciente odiaba acer-

¹ Este supuesto recibió algún apoyo de los exámenes de esquizofrénicos realizados por el Dr. Elsworth Baker en el Marlboro State Hospital de New Jersey.

bamente a la madre y que al mismo tiempo dependía de ella en forma marcada. Las ideas de “asesinato”, “menstruación” y “madre” estaban estrechamente vinculadas. El impulso de matar se relacionaba de alguna manera con la experiencia de las “fuerzas” o de traicionar a las “fuerzas”.

Al cabo de un rato, la paciente se recobró y recuperó su compostura.

2ª a 5ª sesión:

Durante las cuatro sesiones terapéuticas siguientes, traté de aproximarme con prudencia a su disfunción respiratoria. El problema no consistía, como en el neurótico acorazado, en destruir la coraza torácica. *Parecía no existir coraza alguna.* El problema era hacerle aspirar y espirar aire por la laringe. La paciente comenzaba a luchar fieramente cada vez que yo trataba de producir la respiración profunda. Tuve la impresión de que la función respiratoria no estaba detenida por una inmovilidad debida al acorazamiento, sino *inhibida como por un esfuerzo firme, consciente.* Tenía también otra impresión, de que su organismo sufría seriamente por este esfuerzo, pero que ella no lo sentía.

La paciente respondió con severa irritación a todo intento de mi parte de inducirla a respirar. El típico neurótico acorazado se hubiese mostrado impávido o hubiese sonreído con malicia ante mis esfuerzos. No así nuestra esquizofrénica. Trataba de cooperar en forma inteligente, pero la asaltaba el pánico cada vez que yo me acercaba al éxito. La abrumaban la angustia, el temor a las “fuerzas”; las sentía aproximarse y rodearla, en las paredes, bajo el sofá, etc. Me dijo ahora que era la misma angustia que la había impulsado hacia mí como médico en quien podría tener confianza. Basándose en mis libros, había entendido que yo la comprendería.

Renuncié a todo intento ulterior de hacerla respirar cada vez que la angustia se apoderaba de ella. Le informé que ésa era una de sus principales perturbaciones patológicas, que deberíamos superarla; ella tenía que ayudarme en esa tarea y superar la perturbación la aliviaría en gran medida. Prometió ayudarme; se sentía segura de que yo estaba en lo cierto. Lo había sabido durante largo tiempo.

Pude formarme la siguiente opinión de la situación:

Nuestra paciente no esquivaba o no era capaz de acallar por completo la sensación de corrientes plasmáticas, como lo hace el neurótico rigidamente acorazado. Sentía “muy próximos” los flujos orgonónicos de su cuerpo y los combatía impidiendo el pasaje de aire hacia y desde los pulmones. Yo no podía decir si ella había experimentado real y plenamente las corrientes corporales, y ella lo ignoraba. Sólo había experimentado la “llegada” de “fuerzas”, pero *no las sentía como suyas.* Cuando sentía las fuerzas, la asaltaba el terror; al mismo tiempo se sentía “consagrada a ellas”, consagrada a “una misión”. Era reacia a decir de qué misión se trataba.

En el trabajo con esquizofrénicos (y también con no psicóticos, por lo demás), es regla fundamental dar a entender al paciente en forma cabal que uno toma sus quejas en serio, que *no* piensa en él como en un ser “loco”, “antisocial” o “inmoral”. No se llega a nada si el paciente

no tiene o no desarrolla una confianza *absoluta* en su médico, confianza que le permita sentir que éste confía básicamente en él y que sus palabras y sentimientos son comprendidos, por peculiares que parezcan al lego. Uno debe mostrar al esquizofrénico *auténtica* comprensión, aun cuando el paciente amenaza con matar al médico. Se trata de un requisito absolutamente necesario, que hace del tratamiento orgonterápico de los psicóticos algo inaccesible al médico imperfectamente equipado desde el punto de vista emocional para realizar esta tarea. El resto del historial corroborará esta afirmación.

6ª sesión:

Después de media hora de trabajo minucioso y laborioso sobre su acorazamiento cervical, se produjo el primer estallido de odio. Este estallido fué acompañado de un llanto tranquilo; al mismo tiempo, la paciente desarrolló una severa angustia, temblor en los labios, en los hombros y también en parte del pecho.

En estas situaciones, cuando se mezclan diferentes tipos de emociones, es necesario separar unas de otras. Esto puede hacerse alentando la más superficial de ellas, aquella que lucha contra la más profunda, y “rechazando” la segunda. En consecuencia, alenté el llanto que bloqueaba a la rabia, y después de liberar alguna pena con lágrimas, la dejé desarrollar su ira alentándola a golpear el diván. *Este es un procedimiento peligroso si el paciente, en especial el esquizofrénico, no está en perfecto contacto con el médico.* Para asegurar este contacto, se debe explicar al paciente que debe detener su acción de rabia en el momento mismo en que se le pide que lo haga. Corresponde al médico decidir cuándo se ha llegado al punto de liberación emocional en que el paciente se halla en peligro de escapar al control. Sólo los orgonterapeutas muy expertos pueden cumplir esta tarea. Por ello, advierto a los médicos que no han sido adiestrados en la técnica de la orgonterapia médica, y a los orgonterapeutas sin la experiencia necesaria, que no traten de encarar el tratamiento de esquizofrénicos. En estos casos no se puede proceder sin liberar la rabia y no se la puede liberar sin abundante experiencia, adquirida anteriormente en situaciones menos emocionales.

Hacia el final de la sexta sesión, la paciente había liberado emoción suficiente como para relajarse. Expresó su asombro y su agradecimiento porque tal alivio fuese posible, con los ojos llenos de lágrimas. Apreciaba ahora por vez primera que su idea de que la “gente la miraba” era ilusoria (el elemento racional contenido en la idea persecutoria será desarrollado más adelante). Sus comunicaciones afluyeron con libertad. Luchaba contra las “influencias” de las “fuerzas” desde que tenía uso de memoria. Comprendía que se aferraba a la realidad sólo con gran esfuerzo; había sentido como si estuviese la mayor parte del tiempo colgando al borde de un abismo, en especial durante la pubertad. Siempre le asaltaba la confusión cuando su miedo a las “fuerzas” chocaba con su amor a ellas. Confesó que en esos momentos de confusión era cuando la llenaban *impulsos asesinos*.

Este parecía el momento apropiado para informarla cabalmente de mis preocupaciones acerca de una posible irrupción incontrolada de destructividad. Comprendió de inmediato lo que yo quería decir. Estuvo de acuerdo conmigo y me aseguró con una mirada nada esquizofrénica que la misma preocupación la acosaba desde hacía mucho tiempo. Le dije entonces que yo sabía por mi experiencia que la mayor parte de los esquizofrénicos tienen en las fases iniciales de la enfermedad la misma inquietud en cuanto a si serán capaces de combatir el asalto de la destructividad criminal. También estuvo de acuerdo en que la única manera de salvaguardarse contra el hecho de cometer un asesinato era la seguridad de una institución hospitalaria. Comprendió por sí sola que era en esas situaciones emocionales cuando buscaba la seguridad de aquellas instituciones. Se sentía más segura en su interior pues allí la vida no le planteaba demandas que ella era incapaz de satisfacer. Sabía que cuando estaba internada no cometería asesinato alguno; pero también sabía que la vida hospitalaria no le convenía. Sentía como inevitable un deterioro lento pero seguro, pues la vida entre las paredes de un sanatorio la embotaba o la enfurecía, según la situación especial que afrontara. Comprendía a los demás pacientes y los compadecía; al mismo tiempo, le horrorizaba el tipo de existencia que llevaban. En sus fases lúcidas, captaba perfectamente las actitudes superficiales y veleidosas de tantos psiquiatras hacia los psicóticos, su falta de comprensión, la brutalidad de muchos de los procedimientos empleados, las injusticias tan frecuentes, etc.; en pocas palabras, su percepción era excelente cuando las “fuerzas” estaban ausentes, o presentes pero “sin plantearle demandas demasiado excesivas”.

A medida que el proceso terapéutico progresaba, iba adquiriendo importancia general una pregunta:

¿REPRESENTAN LAS “FUERZAS” QUE LA OBSESIONAN Y A LAS QUE AMA CON DEVOCIÓN, SUS SENSACIONES CORPORALES DE CORRIENTES DE PLACER?

SI TAL ES EL CASO, ¿POR QUÉ LAS TEME? (ES EVIDENTE QUE ESTÁ *consagrada* A ELLAS). ¿QUÉ TIPO DE MECANISMO BLOQUEA EN SU CUERPO LAS CORRIENTES DE PLACER? ¿CÓMO SE CONVIERTEN EN FUERZAS “MALIGNAS” LAS CORRIENTES PLASMÁTICAS BLOQUEADAS? ¿CUÁL ES LA VINCULACIÓN ENTRE ESTE BLOQUEO Y EL PROCESO ESQUIZOFRÉNICO?

Comencé a dirigir mi atención hacia las funciones que podrían quizá dar respuesta a mis preguntas. Abrigaba la impresión de que el mecanismo de bloqueo se relacionaba de alguna manera con su segmento cervical, en especial con el trastorno respiratorio peculiar: *falta de respiración en presencia de un pecho blando*.

7ª sesión:

Durante la séptima sesión, resultó evidente que la parcial irrupción de rabia que yo había mantenido bajo control en la sesión anterior, incrementó la necesidad fisiológica de la paciente por una respiración plena. Esto podía verse en sus intentos aún más desesperados *de impedir*

el paso libre del aire por su garganta, laringe y tráquea. La alenté a espirar **plenamente** y la ayudé ejerciendo una suave presión sobre su pecho. De pronto, cedió a la espiración, pero inmediatamente después cayó en un estado de trance. No respondía a mis llamados, mantenía la mirada fija en un rincón del cielorraso, parecía alucinada. Sus piernas **temblaban** con fuerza y durante unos treinta minutos tuvo convulsiones fasciculares en los músculos de los hombros.

Logré sacarla del trance pellizcándola con fuerza suficiente para hacerle tener conciencia de la sensación de dolor. Lentamente, comenzó a volver a la plena conciencia. Estaba sin duda confundida; trató de convencerse de que estaba despierta golpeando las cosas cercanas. Me tomó las manos y comenzó a gritar diciendo: "Quiero volver, oh, quiero volver..." Esto duró otros diez minutos. Luego dijo: "No estoy totalmente de vuelta todavía... ¿Dónde está usted?... Con el Señor... Le pregunté si debía acceder al Diablo... que usted es el Diablo..." En respuesta a una pregunta, dijo que ya no "veía cosas", pero tenía "algún contacto" (con las fuerzas). Había sentido el temblor en las piernas y hombros, también había oído mi voz, pero se "sentía muy, muy lejos". Era la primera vez que no podía "volver" con rapidez. "Duró tanto tiempo esta vez... ¿Dónde está usted?... Por favor, déjeme tenerle de las manos... Quiero estar segura de que estoy aquí..."

Teniendo mis manos en las suyas, miró a su alrededor con suspicacia, recorriendo con la mirada las paredes y el cielorraso. Se sentía agotada y permaneció en el consultorio más de una hora después de la sesión, hasta volver a tranquilizarse.

Le indiqué que volviera al día siguiente, y me llamara o me hiciera llamar en cuanto sintiese la necesidad de hablar conmigo.

8ª sesión:

Después de la experiencia del día anterior, la paciente se sintió muy cansada y se acostó en cuanto llegó a su casa. Ahora se sentía calma y segura, sus ojos aparecían límpidos. Decidí no adelantar en la disolución de su coraza, sino sólo traerla otra vez al punto en que se había encontrado el día anterior.

Una regla importante en el proceso de destruir la coraza es proceder con lentitud, paso a paso, y no adentrarse en la profundidad biofísica hasta saber *con exactitud* lo que sucede y a menos que el paciente se haya *acostumbrado* a la situación ya alcanzada. Esto vale en todos los tipos de orgonoterapia médica y es especialmente necesario en el tratamiento de los caracteres esquizoideos. Si se pasa por alto esta regla general, se pierde de vista la totalidad del proceso y se pone en peligro al paciente. Pacientes que se sienten mejor después de disoluciones parciales, a menudo imploran al médico que vaya más rápido, que les deje tener sesiones más frecuentes, etc. Tales pedidos no deben complacerse. Cuando se ha logrado cierta irrupción, debe darse tiempo al organismo para organizar y asimilar las emociones que han atravesado la coraza. Debe establecerse primero en forma firme la posición a partir de la cual podemos adelantar. Cierta cantidad de malestar debida al resto de la

coraza es indispensable a fin de seguir adelante en la forma apropiada. Debemos guardarnos en especial de la expectación mística, religiosa, por parte del paciente, de que ahora ha sido "liberado", "redimido". Es cierto que las primeras irrupciones a través de la sólida coraza van acompañadas de sentimientos de gran alivio. Esto disfraza a menudo la verdadera situación reinante en la profundidad de la estructura biofísica. Por lo tanto, la regla debe consistir en ser prudente mientras no aparezca de manera inequívoca la angustia básica de placer orgásmico. Mientras este profundo terror a la contracción plasmática espontánea no llegue a la superficie y haya sido superado, lo indicado es una gran cautela.

En esta octava sesión, la paciente colaboró en muy buena forma. Tenía menos angustia, permitió la producción de clonismos con mucha más facilidad y mejor disposición; pero estaba claro que aún observaba con angustia todos los pormenores de lo que sucedía, que estaba "en guardia" para no perder el dominio de sí misma y que debía luchar con empeño para no volver a caer en un estado de trance.

Nunca se debe proceder sin gran cuidado mientras no haya aparecido en primer plano la desconfianza básica que cabe esperar en todos los casos. El esquizofrénico es mucho más franco que el neurótico en la demostración de esta desconfianza típica. En los neuróticos, debemos desenterrar la desconfianza de bajo la capa de afabilidad y cortesía. Nuestra paciente me preguntó a boca de jarro: "¿Puedo tenerle confianza? Oh, si sólo pudiera confiar en usted..." (mirándome con los ojos llenos de espanto): "¿Es usted un espía alemán?"

Esto sucedía poco después que el F. B. I. * tomó la investigación orgónica por una actividad de espionaje alemán (¿o ruso?) y me colocó bajo custodia (como "extranjero enemigo"), en la época de entrar los Estados Unidos en la segunda guerra mundial. El hecho de que al poco tiempo fui puesto en libertad incondicional después de una audiencia, poco importaba a la paciente. Lo que importaba era que yo había sido acusado de actividades subversivas y esto, por supuesto, estaba en un todo de acuerdo con la actitud general de los neuróticos, y también de los psicóticos, de desconfiar de todo, en especial de sus propios sentimientos interiores. Nuestra paciente quería poder depositar en mí su confianza porque, como lo dijo claramente, necesitaba mi ayuda en su lucha contra las "fuerzas". Le aseguré que no era espía alemán ni, por lo demás, de ninguna otra nacionalidad, y nunca lo había sido. Reaccionó diciendo que todo el mundo piensa sólo en función de su propia naturaleza o de su propia estructura de carácter, y de ahí que el F. B. I. no pudiera pensar sino en actividad de espionaje al no poder comprender lo que yo hacía. Hube de manifestar mi acuerdo con esta afirmación y encontré una vez más justificado mi aprecio por la mentalidad esquizoidea. En sus períodos de lucidez, los esquizofrénicos son capaces de percibir cuestiones individuales y sociales en forma más inteligente que cualquier otro tipo caracterológico. Más adelante veremos que esta luci-

* *Federal Bureau of Investigations.*

dez de la inteligencia es en esquizofrénicos uno de los mayores peligros que amenazan su existencia en la sociedad actual.

La paciente debía acudir al día siguiente a una visita periódica relacionada con su libertad bajo palabra. Le aconsejé que no ocultara nada, pero también le advertí estar preparada pues el médico que la atendería probablemente no comprendería todas sus explicaciones. Tuvimos la buena fortuna de encontrar un psiquiatra que no pertenecía al tipo del brutal terapeuta de shock. La paciente salió de esta sesión tranquila y en completo orden.

Resumen hasta la 8ª sesión:

1. La paciente acudió al tratamiento con restos de un agudo sentido de la realidad, a lo cual se aferraba desesperadamente para no sufrir un derrumbe completo.

2. La paciente buscaba mi ayuda porque sentía que yo comprendía a las "fuerzas" y tenía "contacto" con ellas.

3. Sentíase mejor que el resto del mundo debido a su contacto con las "fuerzas". Su crítica del mundo del *homo normalis* era correcta, casi perfecta y racional de acuerdo con su contacto con las "fuerzas", sea lo que fuere lo que éstas representaban.

4. Su acorazamiento difería del de una sencilla biopatía neurótica en que no era completo y estaba construido sólo en forma superficial. Su pecho tenía movilidad, pero la mujer no respiraba plenamente. Debido a la debilidad de su coraza, se sentía como colgada sobre un abismo sostenida sólo de un hilo. "Más allá" estaban las "fuerzas", "diabólicas" y "atractivas" al mismo tiempo.

5. Las sensaciones de derretirse producidas en su cuerpo por las corrientes orgonóticas, se vinculaban muy de cerca con su idea de las "fuerzas", pero esas sensaciones se proyectaban sobre paredes y cielorraso. Su temor esquizofrénico al derrumbe total dependía en cierta manera de su contacto con las "fuerzas".

6. La percepción de las "fuerzas" internas en las paredes y el cielorraso constituía el enigma principal. La palabra "proyección" nada explicaba, evidentemente.

2. LAS "FUERZAS"

La paciente conocía muy bien las "fuerzas" y las describió en detalle. Algunas de sus características eran las mismas atribuidas a un Ser omnipotente = *Dios*; otras eran las del Diablo, malvado, astuto, artero y maliciosamente tentador. El primer grupo de características la hacían sentirse segura, protegida y por tanto "devota" de las "fuerzas"; respecto del segundo grupo de características, la paciente se comportaba como si tuviese que ser protegida contra las "fuerzas", contra sus malignas intenciones y tentaciones, tales como el crimen. Esta ambigüedad en la índole de las "fuerzas" se fué aclarando a medida que adelantaba el trabajo. En esta etapa del tratamiento, mi suposición era la siguiente: si las "fuerzas" representaban el "BIEN" y el "MAL" dentro de la misma formación emocional, era necesario suponer que la escisión en dos tipos

diametralmente opuestos de experiencias se debía a DOS SITUACIONES DIAMETRALMENTE OPUESTAS EN SU ESTRUCTURA CARACTEROLÓGICA, mutuamente excluyentes e incompatibles. Es decir, la escisión esquizofrénica de la personalidad debía atribuirse a esta incompatibilidad; cada una de las dos estructuras emocionales opuestas se hacía cargo en forma alternada del funcionamiento organísmico. A diferencia de la estructura esquizofrénica, la del *homo normalis* mantiene continuamente en estado de represión una u otra de las estructuras contradictorias. Con ello, queda oculta en el *homo normalis* la escisión de la personalidad. El principio de funcionamiento común tanto a *Dios* como al *Diablo*, es el *funcionamiento biofísico básico del organismo*, el “núcleo biológico” cuya manifestación más significativa la constituyen la corriente plasmática y su percepción subjetiva como sensación de disolverse de amor, como angustia o como odio. Todo esto debía ser confirmado en este caso por su ulterior desarrollo.

9ª sesión:

La paciente acudió a la novena sesión llena de alegría y con perfecta coordinación. Había visitado el día anterior al psiquiatra del hospital, quien le dijo que me conocía como médico “brillante”. La paciente le explicó mi método terapéutico como un método de “disminuir la presión dejando escapar vapor”. El psiquiatra la había alentado a continuar con la terapia. Su actitud debía haber significado un apoyo para las esperanzas de la paciente, pues antes ella había puesto en duda mi honestidad (“¿Es usted un espía alemán?”).

Ese día la respiración de la paciente fue *fisiológicamente* casi completa; su mirada aparecía límpida y no “velada” como de costumbre. Informó haber sentido el acicate de satisfacerse genitualmente. El médico inexperto se hubiese envanecido por el “éxito”. Pero yo sabía que no habíamos llegado todavía al peligro mayor.

Un organismo enfermo puede tomar con facilidad un ligero incremento de energía y goza sobremanera este bienestar, más que el organismo sano debido a la gran diferencia entre el estado usual de tensión y el ligero relajamiento producido después de una disolución parcial de la coraza. Pero el sistema bioenergético continúa aumentando su nivel energético a menos de producirse periódicas descargas de energía. Y la única manera de lograr una liberación *completa* de la bioenergía acumulada es, como bien lo sabemos, la de las convulsiones orgásticas plenas durante el proceso natural de copulación. El problema de la higiene mental no sería tan difícil si la naturaleza no hubiese hecho que la convulsión orgástica total dependiera de la falta de acorazamiento corporal crónico. Como hombres de ciencia natural y médicos, no somos responsables de esta situación; sólo la hemos hallado y la hemos descrito.

La misma paciente tenía buena conciencia del peligro que la esperaba, mucho más que un simple neurótico. Me dijo que las “fuerzas” no se le habían presentado en los últimos días, pero “seguramente podían volver y lo harían, maliciosas como son”.

Me preguntó si yo la abandonaría en caso de un retorno de las "fuerzas". Quería saber exactamente cuál era el mecanismo de la cura orgonterápica. Sus preguntas eran muy inteligentes y directas. Quería saber si debería abandonar su actual posición "superior" en el mundo, y si podría llegar a ser un elemento útil de la sociedad.

Estas preguntas parecerán extrañas a quien no conoce lo que este caso ponía de manifiesto de manera tan inequívoca:

El carácter esquizoideo tiene con las funciones de la naturaleza y de la sociedad un contacto mucho mejor que el *homo normalis*, y mejor penetración de las mismas. Esto le infunde un sentimiento racional de superioridad respecto al *homo normalis* medio, carente de tal penetración. Es lógico pues que a fin de llegar a ser un "elemento útil de la sociedad", es decir, un *homo normalis*, la paciente debería perder algunas de sus facultades y, con ellas, su superioridad.

Estos sentimientos de superioridad contienen gran parte de verdad racional. En términos generales, el carácter esquizoideo es por cierto superior al *homo normalis* medio en cuanto a inteligencia, tal como también lo es el "carácter criminal". Pero su inteligencia es poco práctica, debido a la escisión profundamente arraigada. Es incapaz de realizar actividades biológicas duraderas, racionales, como en el caso del llamado "genio".

Aproveché esa oportunidad para fortalecerla contra los futuros peligros. Había experimentado sólo un primer alivio, le dije, pero se aterrará hasta un punto peligroso cuando sus fuerzas emergieran desde la profundidad en toda su plenitud. Lo comprendió y prometió mantenerse en estrecho contacto conmigo durante los próximos acontecimientos.

Los hechos que he de describir parecerán totalmente increíbles a quien no trate desde un comienzo de comprender este caso (y cualquier otro) en términos de las funciones naturales de la "bioenergía" y su bloqueo en las "biopatías". Estos hechos le parecerán otros tantos ejemplos de "reacciones alocadas", "ininteligibles", "peligrosas", "antisociales", buenas razones para internar a la paciente en un asilo de lunáticos. Estoy completamente de acuerdo en que lo que debía venir *era* peligroso, antisocial y una buena razón para internación; pero no puedo estar de acuerdo en que fuese ininteligible o más "alocado" que los hechos, o mejor dicho los destrozos, de nuestros dictadores o fabricantes de guerras, a quienes no se interna en hospicios sino, por el contrario, idolatran y honran masas de *homines normales*. Por tanto, no puedo sentir excitación alguna ante la "locura" mucho menor del esquizofrénico. Para decirlo con franqueza, si las cosas llegan a peores, éste se mata o amenaza matar a alguna otra persona, pero nunca priva de sus hogares a millones de personas inocentes por el "honor de la patria"; no exige, revólver en mano, el sacrificio de millones de seres en aras de sus impotentes ideas políticas.

En consecuencia, seamos razonables, abandonemos nuestra falsa virtud. Debe haber un motivo poderoso por el cual en toda la superficie del planeta se trata con tanta crueldad al esquizofrénico, y se honra en forma tan insensata al *homo normalis*.

10ª sesión:

La actitud que se acaba de describir significó la salvación de este caso particular. Podría, según creo, salvar millares de vidas que se desintegran en forma inocente en anticuadas instituciones hospitalarias, debidas a la típica evasividad y crueldad del *homo normalis*, aplicadas en la irresponsable, universal e indiscriminada "terapia de shock".

La paciente se había sentido perfectamente tranquila durante el día. Pero al desvestirse, vi una cruz formada en la piel de su pecho por dos heridas a la altura del esternón, de unos 6 cm de longitud el trazo vertical y 4 cm el horizontal. Lo había hecho la noche anterior, "sin motivo consciente alguno". "Simplemente, tenía" que hacerlo. Ahora se sentía sumamente "en tensión". "Debo dejar escapar algo de vapor; si no, voy a reventar".

Resultó evidente de inmediato (al orgonterapeuta bien preparado) que su segmento cervical estaba severamente contraído, pálido e inmóvil. Se apreciaba una severa cólera en su cara, de aspecto casi azul, cianótico. Fueron necesarios unos diez minutos para liberar este serio bloqueo cervical. Lo conseguí provocándole arcadas hasta lograr el reflejo de vómito, y mediante la respiración forzada. En cuanto cedió el bloqueo de la garganta, la mujer se echó a llorar en silencio. Mis repetidas indicaciones de que llorara *en voz alta* no dieron resultado. Muy a menudo encontramos este fenómeno en las biopatías neuróticas: la emoción del llanto es demasiado intensa para ser volcada hacia afuera en forma total e inmediata. Por lo común, existe una marcada ira sofrenada por la emoción del llanto. Si el paciente se permitiera llorar plena y libremente, sentiría la necesidad de cometer un crimen.

Este acorazamiento resulta por lo general de crueles castigos por hechos totalmente inocentes cometidos en la infancia. La madre odiaba al padre; quería asesinarlo, desembarazarse de él; éste era demasiado fuerte para eso y aquélla, demasiado débil para poder hacer algo. De modo que castigaba al niño de tres o cuatro años por alborotar, por bailar en la calle o por alguna otra actividad totalmente inocente. La reacción natural de parte del niño es una rabia perfectamente justificada contra tal crueldad; pero el niño teme demostrarla y quiere en cambio llorar; también el llanto está "prohibido": "un niño bueno y una niña buena no lloran, no demuestran sus emociones". Este es el tipo de la muy alabada "educación" de los niños en el vigésimo siglo de la cultura y la civilización, al comienzo de la gran "era atómica"... que "hará ascender a la humanidad hasta el cielo, o bien la sumergirá en el infierno... según..." *¿Según qué?* SEGÚN QUE LA ESPECIE HUMANA CONSIGA ARRANCAR DE RAÍZ SIN DEJAR VESTIGIOS, SEMEJANTE CONDUCTA CRIMINAL DE PARTE DE MADRES Y PADRES ENFERMOS; SEGÚN QUE NUESTROS MÉDICOS, EDUCADORES Y PERIODISTAS REÚNAN EL VALOR NECESARIO PARA ENCARAR ESTE PROBLEMA DE SUMA IMPORTANCIA Y LOGREN FINALMENTE NO APOYAR ESA CONDUCTA, LOGREN SUPERAR SU PROPIA Y ACADÉMICA EVASIVIDAD, SU FALTA DE PARTICIPACIÓN Y "OBJETIVIDAD".

Nuestra paciente había sufrido varias décadas de crueles monstruosidades por parte de una madre que la regañaba continuamente. Había

desarrollado el impulso de ahorcar a la madre a fin de defenderse. Tales impulsos son muy fuertes y no puede combatírseles sino acorazándose contra la inundación de la garganta por acción del odio criminal.

En forma espontánea, la paciente me preguntó *si le permitiría tomarme de la garganta y apretar hasta asfixiarme*. Confieso que me sentí, no incómodo, mas sí algo atemorizado; con todo, le dije que lo hiciera. La paciente puso sus manos *con mucha cautela* alrededor de mi cuello y ejerció una ligera presión; luego se le aclaró el rostro y se echó hacia atrás, exhausta. Su respiración era ahora profunda. Le temblaba intensamente todo el cuerpo con cada espiración. Las corrientes y sensaciones parecían intensas, a juzgar por la forma en que estiraba la pierna derecha para evitar la fuerza de las emociones. De tiempo en tiempo, el cuerpo volvía a ponerse rígido, en posición de *opisthotonus*, y otra vez se relajaba. El rostro alternaba entre el rojo del llanto y el azul de la ira. Este proceso duró unos treinta minutos. Yo sabía que ahora sus ideas psicóticas emergerían con la totalidad de su fuerza. Una vez alcanzado cierto grado de conmoción emocional, le indiqué en tono tranquilo que tratara de detener la reacción. Respondió al punto con gran cooperación y comenzó a calmarse lentamente. Durante toda la irrupción, yo había tenido su mano en la mía.

En veintidós años de trabajo psiquiátrico con psicóticos y con los llamados psicópatas, yo había adquirido cierta habilidad para manejar estas situaciones emocionales. Sostengo que todos los psiquiatras deben poseer destreza suficiente para poder hacerlo. Pero también sostengo que en la actualidad pocos son los preparados para tal cosa y, en consecuencia, advertiría en forma enfática *contra* la repetición de mi experimento, a menos de haber adquirido la pericia apropiada. No deseo que se me tenga por responsable del desastre que podría producirse en el consultorio de algún psiquiatra, debido a su falta de adiestramiento.

Si deseamos comprender el mundo esquizofrénico, nunca debemos juzgarlo desde el punto de vista del *homo normalis*; la cordura de éste se halla en la actualidad sometida a serias dudas. Debemos en cambio tratar de comprenderlo cuando el esquizofrénico expresa funciones *racionales* de manera *deformada*. Por lo tanto, es necesario juzgarle desde *más allá* de este "ordenado" mundo nuestro; *debemos juzgarle desde su propio punto de vista*. Esto no es fácil. Pero si uno penetra en las distorsiones, se abre el amplio panorama de un vasto dominio de la experiencia humana, rico en verdad y en belleza. Es el dominio del cual surgen todos los grandes actos del genio.

Volvamos a nuestra paciente:

Le pregunté cuál era el significado de la cruz marcada en su pecho. No la regañé ni amenacé internarla. Nada hubiese conseguido con ello.

Se levantó, temblándole el cuerpo entero, y se llevó las manos a la garganta. Luego dijo: "No quiero ser judía" (*no era de origen judío*). Como cualquier esquizofrénico, de cualquier fe religiosa, podría haber dicho lo mismo, no traté de convencerla de que no era judía sino, por el contrario, tomé en serio sus palabras: "¿Por qué no?" "Los judíos

crucificaron a Jesús”, contestó. A renglón seguido, pidió un cuchillo para marcar una gran cruz en su *vientre*.

La situación no se aclaró en seguida. Al cabo de cierto tiempo pudo verse que la paciente estaba tratando con empeño de caer en estado de trance, mas al parecer sin éxito. Después de unos minutos, dijo: “Traté de establecer contacto [con las “fuerzas”] otra vez... pero... no puedo hacerlo...” Se echó a llorar. Le pregunté por qué. “Quizá existan tres razones: 1. Luché contra ellas con demasiada fuerza. 2. No hice la cruz lo suficientemente profunda. 3. Me rechazan porque soy judía”.

La exacta vinculación entre su estado biofísico y estas ideas psicóticas no resultaba todavía clara. Era posible que el sistema de ilusiones ya no trabajara con tanta eficacia como antes; que se sintiera culpable ante las “fuerzas” a las cuales estaba consagrada su vida y tratara de hacer un autosacrificio a fin de reconquistar la benevolencia de aquéllas. La llamada conducta religiosa “normal” nos ha permitido conocer a fondo estos mecanismos. También aquí la pérdida de contacto con “Dios” conducirá a un mayor sacrificio, a fin de reconquistar Su benevolencia.

¿Se identificaba la paciente acaso con Jesucristo?

Pasado un rato, se tranquilizó y partió sintiéndose segura. ¿Por qué no la internaba en un hospicio después de lo sucedido? Me planteé esta pregunta. La respuesta era la siguiente: sabía por mi larga experiencia con estas situaciones emocionales que cualquier amenaza sólo hubiera logrado incrementar el peligro y que, por otra parte, sólo una confianza perfectamente auténtica en ella, confianza que ella percibía, salvaría la situación. De alguna manera, yo confiaba en ella. Pero el riesgo era también grande, por supuesto. Existía el peligro del suicidio, pero no el de la destructividad respecto a alguna otra persona. Desde el punto de vista clínico, la paciente parecía hallarse próxima a un cambio importante en su estructura, como lo indicaba su incapacidad de establecer contacto con las “fuerzas”. Se trataba de un adelanto de importancia, que debía ser elaborado.

11ª sesión:

La paciente volvió de buen humor, la mirada brillante, pero ligeramente maniaca. Habló mucho y con gran ingenio. Desde el punto de vista terapéutico, no pueden realizarse grandes progresos cuando el paciente se siente demasiado bien. Es necesario desenterrar otra porción del conflicto y aumentar el nivel energético en forma suficiente para seguir adelante. Esto se hace mediante la respiración profunda.

En cuanto la paciente comenzó a admitir la respiración más profunda, desarrolló otra vez fuertes emociones psicóticas. Comenzó a mirar a su alrededor en su típica forma paranoidea. La asaltó la angustia y empezó a temblar con todo el cuerpo. Su mirada cambió: primero pareció vacía y luego la mantuvo fija sobre la bobina al rojo de la estufa eléctrica. Esto duró un largo rato. Luchó contra la angustia y luego dijo:

“Tuve un pensamiento gracioso... QUE ESTE CALOR Y EL SOL TAMBIÉN SON FUERZAS; que ellas [las “fuerzas verdaderas”] podrían creer que yo prefiero esta *otra* [la de la estufa y el sol]”.

Quedé apabullado. ¡Qué profundo pensamiento, y cuán cercano a la verdad! Aseguro al lector que en esa época nada sabía la paciente de los fenómenos orgónicos y que yo nada le había dicho acerca de ellos. La verdad que había rozado con su observación era la siguiente:

Si era cierto que sus “fuerzas” eran percepciones distorsionadas de su propia bioenergía, si además es cierto que la energía organísmica y la energía solar son básicamente lo mismo, la paciente había emitido un enunciado verdaderamente científico, y por cierto un gran enunciado. ¿Trataba su organismo de reconquistar la salud dando la espalda a la ilusión acerca de la realidad, y dirigiéndose a la realidad propiamente dicha? Sin duda, luchaba con ahínco para ensanchar los límites de su sentido de la realidad. El reemplazo de las “fuerzas” por *otras, por fuerzas naturales*, parecía un paso lógico en esa dirección. De alguna manera, las “fuerzas” ilusorias habían perdido parte de su poder sobre ella, como lo expresaba la siguiente afirmación: “También pensé que podían hacerse fornicar... Oh, qué he dicho...” De inmediato la asaltó una gran angustia como si hubiese convocado al Diabolo.

Aventuré la siguiente hipótesis de trabajo:

La respiración aumentó su nivel bioenergético. La paciente se aproximó algo más a las fuerzas naturales, a las sensaciones internas de “disolverse”. Si esto era correcto, la *ilusión* de las “fuerzas” del “más allá” había perdido parte de su energía y por ende se había debilitado. *La paciente se acercó a la realidad aproximándose a las verdaderas fuerzas de la vida, a las sensaciones orgonóticas contenidas en ella misma*. Se trataba de un descubrimiento de primordial importancia sobre la ilusión esquizofrénica: la ilusión de las “fuerzas del más allá” no es una mera construcción psicótica carente de base en la realidad; por el contrario, describe una realidad profundamente sentida, si bien de manera *distorsionada*. El progreso ulterior debía probar o refutar este supuesto. Con posterioridad, resultó correcto. Básicamente, esto equivale a que en sus ilusiones, los psicóticos nos comunican cosas importantes acerca de funciones profundas de la naturaleza. Sólo debemos aprender a entender su lenguaje.

La enferma se aproximó mucho al significado de su ilusión, sin zozobrar totalmente en ella. La función a la que debía tal éxito era su mejorada respiración. Durante el resto de esta sesión desarrolló fuertes clonismos, los cuales toleró mucho mejor y con menos angustia. Pero su mirada se velaba cuando las sensaciones orgonóticas le resultaban demasiado intensas.

Advertí que quería decirme algo, mas no confiaba en mí en forma total. Le pregunté si estaba en lo cierto al suponer que ella sufría un conflicto entre las “fuerzas” y yo; que estaba al mismo tiempo *a favor y en contra* de las “fuerzas”, y *a favor y en contra* de mí. Temía a aquellas cuando se afirmaba demasiado en mí, cuando pedía mi ayuda contra

ellas. Lo comprendió al instante y a la perfección. En realidad, ella había tenido el mismo pensamiento.

Los clonismos continuaban mientras la mujer hablaba. Se sentía mareada y le indiqué que detuviera las reacciones de su organismo. Así lo hizo. Al final, me dijo en forma totalmente espontánea que *había caído seriamente enferma por primera vez cuando las "fuerzas" la incitaron a envenenar con gas a toda su familia*. En efecto, una noche, abrió la llave del gas pero volvió a cerrarla. Poco después de comunicarme esto, comenzó a murmurar en forma ininteligible. Sonaba como un ritual místico destinado a aplacar espíritus malignos. Permaneció en el consultorio durante una hora, de pie, rígida, sin moverse. Se tenía la impresión de una postura cataléptica. No respondía a mis repetidas preguntas de por qué no se marchaba. Por último, dijo: "No puedo salir de este lugar".

Durante esta sesión, se habían aclarado las perspectivas de su terapia:

1. Cuanto mayor y mejor el contacto establecido con sus sensaciones de flujo plasmático, bioenergético, tanto menor sería el miedo a las "fuerzas". Esto probaría también mi aseveración de que *en la esquizofrenia las "fuerzas" son vivencias distorsionadas de las sensaciones orgonóticas básicas de los órganos*.

2. Este contacto con sus sensaciones corporales ayudaría a establecer cierto grado de satisfacción orgástica y éste, a su vez, eliminaría la estasis de energía que operaba en el núcleo de sus ilusiones.

3. La vivencia sin distorsiones de sus sensaciones corporales, le permitiría identificar la verdadera naturaleza de las "fuerzas" y destruiría así, lentamente, el delirio.

Antes de poder llegar a esto, la paciente debería salvar una serie de situaciones peligrosas. Cabía esperar delirios y reacciones catatónicas con cada irrupción de intensas corrientes orgonóticas en su cuerpo. Viviría estas sensaciones con terror, las bloquearía mediante la rigidez corporal, y las corrientes plasmáticas bloqueadas se transformarían en impulsos destructivos. Por ende, los impulsos "secundarios" derivados del bloqueo de las emociones originales, básicas, deberían ser manejados con cuidado y permitírseles "salir" lentamente, paso a paso. Este peligro resultaría especialmente grande cuando comenzaran a producirse en su organismo las primeras contracciones orgásticas espontáneas.

12ª sesión:

Habíamos estado muy cerca de cambios promisorios y con ellos, también de grandes peligros. La paciente llegó a esta sesión con gran angustia y muy excitada. Planteó innumerables preguntas y luchó con ahinco y tenacidad contra todo intento de disolver su bloqueo de la garganta, particularmente acentuado ese día. La respiración era muy superficial y el rostro, muy pálido y azulado.

Quería un cuchillo. Le dije que yo se lo daría si primero me decía para qué lo necesitaba. "Quiero abrirle el estómago..." Mientras decía esto, señalaba su propio vientre. Le pregunté por qué quería abrir su vientre y el mío. "Duele aquí... ayer, usted no dejó escapar suficiente

vapor...” ¿Sentía allí una intensa tensión? “Sí... sí... es terrible... también en la garganta...”.

Comprendí de pronto, con perfecta claridad, por qué y en cuáles situaciones emocionales cometen asesinatos los tipos esquizofrénicos y esquizoideos de “criminales”: cuando la tensión de los órganos, en especial los de la región diafragmática y la garganta, se vuelve insoportable, aparece la urgencia de abrirse el vientre o la garganta. La costumbre japonesa del harakiri, deformada como se encuentra por la racionalización ideológica, es una expresión extrema de esa situación bioenergética. El homicidio ocurre cuando el impulso se dirige hacia fuera de uno, hacia alguna otra persona. Así como un niño desarrolla con facilidad una contracción en la garganta cuando siente el impulso de ahogar a la madre o al padre, *en la misma forma el asesino esquizoideo degüella a alguna persona cuando su propia sensación de ahogo se hace insoportable.*

Logré obligar a la paciente a inspirar y espirar profundamente tres o cuatro veces. Se produjo entonces un espasmo de la glotis. El rostro se le puso azul, todo su cuerpo tembló, pero finalmente el espasmo desapareció y comenzaron los movimientos autónomos del pecho y las piernas. La paciente luchó con desesperación contra estos movimientos, al parecer sin resultados. Resultaba ahora clara la estrecha vinculación entre los movimientos autónomos y el desarrollo de su delirio.

Puso los ojos en blanco y dijo con desesperación: “¿Cree usted que ya no puedo establecer más contacto con ellas [“las fuerzas”]? ¿Me ha hecho usted realmente eso?...”.

La paciente había perdido el contacto con las “fuerzas” mediante el contacto establecido por su auto percepción con sus propias funciones corporales autónomas.

Le respondí: “No me preocupan sus “fuerzas”. Nada sé de ellas. Sólo me preocupa hacer que usted entre en contacto con su propio cuerpo”. De haber combatido su idea de las “fuerzas”, o expresado opiniones personales sobre ellas, la paciente habría reaccionado como una antagonista, pues se sentía consagrada a aquéllas. Mi política era, por lo tanto, dejarlas de lado y trabajar exclusivamente con las interceptaciones de su organismo, las cuales creaban la idea delirante de las “fuerzas”.

Después de un rato, la paciente dijo: “Quiero ir a Bellevue [una institución psiquiátrica de Nueva York] para buscar a las “fuerzas”... Debo encontrarlas en alguna parte... Ellas querían que yo fuese superior, mejor, no una bruta...”.

Aquí, en un agrupamiento bien definido, teníamos ante nosotros todo el sistema de ideología del *homo normalis*, dirigido contra las funciones corporales naturales. En la psicosis, las “fuerzas” desempeñaban una doble función: una, representar las funciones corporales primarias, en especial las sensaciones de flujo orgonótico, biosexual; la otra, representar el desprecio hacia el cuerpo, ser “superior” a cosas tan “terrenas” y “bajas” como los impulsos corporales. La ilusión había pues reunido *en una sola* dos funciones diametralmente opuestas del *homo normalis*. Pero visto desde “más allá”, desde fuera del mundo del *homo normalis*, esta unidad tenía sentido: representaba la *unidad funcional de la bondad*

superior, de ser como un dios, y las corrientes corporales naturales y básicas. Esta unidad funcional se proyectaba en forma del delirio de las “fuerzas” perseguidoras. Ahora, establecido por primera vez el contacto con sus sensaciones corporales, la paciente escindía esta unidad en la idea de “superioridad moral”, contrapuesta a la de “brutalidad de los impulsos corporales”.

Rara vez se ven estas conexiones e interacciones con tanta claridad en las simples biopatías neuróticas. En ellas, el “Diablo” está separado de “Dios” y ambos se mantienen aparte en forma segura y continua.

Durante todo este proceso, la paciente temblaba en forma marcada. Alternativamente, cedía en parte a las sensaciones y movimientos corporales, y luego volvía a endurecerse. La lucha era tremenda. Su cara presentaba manchas como en un shock. Su mirada era ora límpida, ora velada. “No quiero ser un ser humano corriente”. Le pregunté qué quería decir con esa frase. “Un ser humano con emociones brutales”. Le expliqué la diferencia entre impulsos primarios y secundarios, anti-sociales, y cómo los primeros se convierten en los segundos. Lo comprendió perfectamente. Luego cedió en forma total y se relajó. Desapareció la severa tensión de los músculos abdominales. Se sentía aliviada y descansó en silencio.

Hemos visto cómo las sensaciones dulces, de “derretirse” de los órganos, la experiencia que más anhela el organismo, se temen y se combaten como “carne brutal” en el sentido del *homo normalis* y como “fuerzas” malignas o el “diablo” en la psicosis.

Quisiera subrayar esa función estructural del animal humano acozado, y subrayarla con el mayor énfasis posible. Para el biopsiquiatra con larga experiencia en orgonterapia, esta dicotomía y ambivalencia hacia el propio organismo se presentan como el punto crucial de la miseria del animal humano. Constituyen el núcleo de todas las funciones humanas que dan lugar a las *desviaciones* de la ley natural de la materia viva. Es el núcleo de la conducta criminal, de los procesos psicóticos, de la insensibilidad neurótica, del pensamiento irracional, de la escisión básica general en el mundo de DIOS y el mundo del DIABLO en la existencia intelectual. Lo que se llama DIOS se convierte en DIABLO por virtud de esas distorsiones de las funciones vivas, es decir, por la “negación de Dios”. En el esquizofrénico, estas funciones naturales y asimismo sus distorsiones, aparecen en una forma perfectamente clara, sin disfraces. Sólo es necesario aprender a leer el lenguaje esquizofrénico.

Lo “Elevado” representa a lo “Bajo”, y a la inversa. Los instintos resultan “bajos” debido a la escisión de la estructura. Lo originalmente “elevado”, lo “divino”, resulta inalcanzable y retorna sólo como el “Diablo”. “Dios” está aquí, dentro del *homo normalis*, pero éste ha transformado a Dios en el Diablo; Dios sigue siendo inalcanzable y hay que buscarlo... en vano. ¡Qué tragedia! Como nadie sino el animal humano mismo ha creado sus filosofías de la vida y sus religiones, cualquiera dicotomía que aparezca en las ideologías y el pensamiento debe derivar por cierto de esta escisión estructural con sus insolubles contradicciones.

El doloroso dilema entre Dios y el Diablo se disuelve sin dolor ni terror cuando lo apreciamos desde *más allá* del sistema de pensamiento mecanicista místico, cuando lo apreciamos desde el punto de vista del funcionamiento humano *natural, biofísico*. Pero requiere mayor elaboración. Volveremos ahora a nuestra paciente para ulterior instrucción.

Durante las últimas sesiones, me había asaltado la impresión de que, a medida que salía del delirio, la paciente afrontaba uno de los dos desarrollos siguientes: o bien caía en un estupor debido a un acorazamiento repentino y completo contra las corrientes plasmáticas, o bien se volvía neurótica antes de alcanzar un grado satisfactorio de salud. El proceso real siguió *ambas* líneas de razonamiento, si bien de manera totalmente inesperada.

13ª sesión:

La paciente se mostró reacia a venir a esta sesión. Sólo quería hablar. El día anterior, después de la sesión, todo era "irreal, como si se hubiese levantado una pared alrededor de las cosas y la gente... no había emociones de ninguna especie... ¿Cómo puede ser que en tal estado yo sienta todo con claridad y al mismo tiempo a través de una delgada pared?"

Le expliqué que había descargado gran cantidad de energía; por lo tanto, sus peores síntomas habían desaparecido temporariamente; pero también su falta de contacto interior había quedado al desnudo. Comprendió perfectamente que la falta de verdadero contacto en determinada capa de su estructura, le hacía sentir las cosas y las personas "como a través de una pared". "Sí —dijo—, no me podía mover con libertad, todos los movimientos eran lentos; no podía levantar las piernas o caminar más rápido de lo que lo hacía..."

No pueden comprenderse estas perturbaciones a menos de conocer los ataques anorgonóticos que tan a menudo siguen a las conmociones emocionales extremas, también en las biopatías neuróticas simples. Parece como si el organismo no estuviese acostumbrado a las emociones fuertes, como si quedara en parte inmovilizado.

El reflejo de orgasmo de la paciente fué ese día más pleno y más fuerte. Su cara presentaba un color marcado, sin cianosis alguna; los clonismos se presentaron con libertad y no fueron recibidos con mucha angustia.

Al cabo de un rato, dijo: "Sus ojos se parecen a los de los griegos... ¿Tiene usted alguna relación con los dioses griegos?... Oh, se parece usted a Jesús..."

No respondí y la dejé seguir hablando. "Oh, tengo tanto que pensar... son tantas las emociones, las contradicciones... ¿Qué es una personalidad escindida?"

Le expliqué que uno se siente como dividido en dos, y que está en realidad dividido cuando siente exactamente lo que sucede en su derredor y a pesar de ello se siente rodeado de una muralla. Lo comprendió. Hacia el final de la sesión la asaltó la angustia; varias veces sufrió repentinas convulsiones en la totalidad del cuerpo. Me preguntó qué

quería decir la expresión “estasis de energía”. Y luego, sin interrumpirse, preguntó por qué tenía yo interés en las “fuerzas”.

Tuve la impresión de que *su organismo comenzaba a vincular a las “fuerzas” con la percepción de sus corrientes*. Parecía como si su espléndido intelecto colaborara para aunar la ilusión y la comprensión de esa ilusión. Esto seguía la dirección de nuestros esfuerzos para superar la brecha que *se interponía entre las sensaciones de sus órganos y su auto-percepción*. Al parecer sin relación alguna con todo esto, preguntó: “A menudo miro a las muchachas cristianas, rubias... las envidio...”. “Pero usted es una muchacha cristiana y rubia”, le dije. “Oh, no, soy una judía morena...”

14ª sesión:

Después de la última sesión, la enferma se sintió bien durante tres días. Las “fuerzas” no se hicieron presentes; ni ella las deseó. Fué al cinematógrafo con una amiga, visitó un museo e hizo un paseo en bicicleta.

Ese día presentaba buen aspecto, pero se mostró reacia a entregarse a la respiración profunda; tenía el pecho tenso y volvía a cerrar su respiración. No pude comprenderlo. Después de mucho hablar, dijo: “En el cine tuve hacia una amiga el mismo sentimiento que un día antes de ir al hospital por primera vez... Usted no me gusta hoy...”

La musculatura de sus muslos, especialmente los aductores profundos, presentaban un fuerte atiesamiento. Este tipo de acorazamiento es bien conocido por el orgonterapeuta experimentado como indicio de excitaciones genitales acentuadas, pero combatidas. “La presión sobre estos músculos libera *sentimientos odiosos... sentimientos perversos...*”

La paciente había desarrollado sin duda alguna ideas homosexuales, contra acentuados impulsos genitales naturales. Ese día cedió parcialmente a las sensaciones y continuó sintiéndose límpida y feliz.

El familiar que la había traído a mi consultorio la primera vez, me llamó por teléfono para decirme que la paciente había mejorado sobremanera. Yo sabía, empero, que nos faltaba salvar todavía el mayor de los peligros, precisamente debido a esta gran mejoría. Su organismo, desacostumbrado como estaba a este funcionar en un elevado nivel energético, no se hallaba aún preparado para absorber demasiado bienestar y placer. En consecuencia, volví a prevenirlo contra un optimismo exagerado. Mi prevención resultó correcta, como pronto veremos.

15ª sesión:

El orgonterapeuta bien preparado y experimentado adopta suma prudencia en el manejo del proceso terapéutico, precisamente cuando aparecen grandes mejorías en forma demasiado repentina. Mientras no ha aparecido y no se ha vivido la *angustia básica de orgasmo*, existe el muy serio peligro de una completa regresión o, peor aún, del suicidio en algunos casos severos. Era la primera vez que debía enfrentarse este peligro en un caso de esquizofrenia. Por lo tanto, se tomaron todas las precauciones necesarias.

La paciente acudió a esta sesión con mirada clara, feliz y al parecer perfectamente cuerda y sana. Me pidió consejos acerca de un diafragma y otros asuntos de higiene mental. Pero resistió con ahinco a la respiración profunda, bloqueándola en la garganta y alrededor de la boca. Poco a poco, fué apareciendo en su rostro una sonrisa de sorna y desprecio; ella comprendía lo que estaba sucediendo. Volvió a relajarse y llegó a admitir el temblor del cuerpo; pero su cara presentaba manchas azuladas, como en un shock. Puso los ojos en blanco y dió la impresión de comenzar un acentuado retraimiento. No cabía duda de que había experimentado en el cuerpo algunas sensaciones orgonóticas muy intensas. Le pregunté si establecía contacto con sus "fuerzas". "Sí, casi...", fué la respuesta. Ahora, parecía también evidente que las "fuerzas" eran idénticas a las sensaciones de flujo orgonótico en su cuerpo.

Terminada la sesión, permaneció en mi consultorio un largo rato. Yo la hacía venir al término de mi día de trabajo, a fin de poder dedicarle más tiempo en caso necesario. Desde el estudio contiguo oí de pronto algunos ruidos extraños. Al volver al consultorio, las almohadas y el colchón estaban desparramados en el suelo, la estufa todavía encendida, volcada, la pata de una silla ocupaba un cenicero.

"Las «fuerzas» me indicaron que hiciera esto...", dijo la paciente con calma. Le indiqué que no se preocupara, pero la vez siguiente debía avisarme cuando las "fuerzas" la indujeran a hacer tales cosas. Después de todo, se trataba de cosas de mi propiedad, y no de las "fuerzas". Contestó afirmativamente, en forma inexpresiva y lejana.

16ª sesión:

Su acción del día anterior señalaba impulsos muy intensos de odio hacia mí. Conforme a la antigua regla carácter-analítica adoptada por la orgonoterapia, no se debe seguir adelante sin poner primero en claro las actitudes de odio. Por lo tanto, no continué en el plano físico, limitándome a trabajar en el campo psicológico por medio del análisis del carácter. Le dije que se había sentido abandonada por mí. ¿Había fantaseado acaso con la idea de vivir en mi casa? En efecto. Ahora se vengaba en forma mezquina, pues era muy sensible. No había recibido cariño alguno de la madre, sólo regaños durante toda su vida. Buscó refugio en una vida de fantasías y allí encontró a las "fuerzas". La enferma escuchaba mi explicación con expresión de desdén. Le dije que debería superar esa actitud antes de poder seguir adelante. De no ser así, me vería obligado a interrumpir el tratamiento.

Después de un rato, la paciente abandonó su expresión desdeñosa y cedió. Pero su actitud estaba llena de significado y era típica de esas situaciones. En todos los casos, incluyendo a los neuróticos, el paciente desprecia al terapeuta cuando se produce la irrupción de las corrientes orgonóticas; se trata de una reacción típica. Corresponde al odio y desdén demostrados por los individuos impotentes, acorazados, hacia las personas sanas y hacia la sexualidad genital; por lo común, aparecen en este punto ideas antisemitas, tanto en el judío como en el no judío.

El desdén tiene por lo general como centro la idea de que el terapeuta, que se ocupa de la genitalidad natural, *debe* ser un "puerco sexual".

La paciente aceptó mis explicaciones, pero declaró que no quería renunciar a las "fuerzas".

Toda la situación parecía perfectamente clara: su genitalidad natural amenazaba abrumarla y exigir gratificación. Su organismo no podía soportar la intensidad de la excitación. Junto con el debilitamiento de la escisión esquizofrénica, comenzaba a aumentar su impulsividad, de la cual había surgido una vez aquella escisión. Por lo tanto, la tarea siguiente era:

- a) *abrir la válvula energética del organismo: AUTOSATISFACCIÓN;*
- b) *fortalecerla contra el derrumbe* mediante una minuciosa elaboración de su odio hacia mí;
- c) *impedir, en caso de ser posible, todo intento de escapar a la percepción de las sensaciones agudas de sus órganos, en dirección a los delirios.*

3. LA EXPRESIÓN ESQUIZOFRÉNICA DE LEJANÍA EN LA MIRADA

Es bien sabido que se puede diagnosticar la presencia de la esquizofrenia observando con cuidado la expresión de los ojos. Los caracteres esquizoideos y los esquizofrénicos plenamente desarrollados tienen una típica mirada *lejana*, remota. Pareciera que el psicótico mirara a través de nosotros con una mirada ausente, pero profunda, dirigida hacia la lejanía. Esta mirada no existe continuamente. Pero cuando afluyen las emociones o cuando en las conversaciones se tocan temas serios, los ojos "*se alejan*", por así decir.

Puede apreciarse la misma expresión en algunos hombres de ciencia y artistas de real grandeza, como por ejemplo en Galileo y en Beethoven. Cabría aventurar el supuesto de que el gran creador en ciencia o en arte, se halla profundamente absorto en sus fuerzas creadoras internas; que está y se siente alejado del mezquino bullicio cotidiano, a fin de seguir con mayor plenitud y capacidad su facultad creadora. El homo normalis no comprende esta lejanía y la califica de "locura". Llama psicótico a todo lo que le resulta extraño, a todo lo que amenaza a su mediocridad. El psicótico también se halla profundamente absorto en las fuerzas de su vida interior y las escucha tal como lo hace el hombre de genio. La diferencia, sin embargo, es enorme: en virtud de este contacto con sus fuerzas, el genio produce obras grandes y duraderas; el esquizofrénico se enrieda en ellas pues está *partido* y las teme, y no está unido con su bioenergía tal como lo está la estructura humana creadora. Pero la expresión de los *ojos* es profunda en ambos casos, y no chata, vacía, sádica o embotada como en los caracteres neuróticos sin contacto alguno con su bioenergía.

Yo conocía este síntoma pues había trabajado en el hospital psiquiátrico de Viena unos veinte años antes de conocer este caso. Pero nada sabía de su función relacionada con el mecanismo de delirio y desorienta-

ción. Nuestra paciente exhibía este síntoma con especial claridad. Al aproximarse las “fuerzas”, sus ojos se velaban, su expresión se convertía en la de quien mira a la lejanía y además ponía los ojos en blanco cuando las sensaciones de “derretirse” se hacían muy intensas. Decidí concentrar toda mi atención en este síntoma y, de ser posible, eliminarlo, pues parecía ser el principal mecanismo mediante el cual la paciente “se ausentaba”.

17ª sesión:

Al entrar en el consultorio, preguntó: “¿Puedo volver a ser enfermera? Mi foja de servicios es muy mala...”. Nunca había sido enfermera. Le respondí que lo ignoraba. En la actualidad, debía descubrir por qué ponía los ojos en blanco cuando las “fuerzas” se apoderaban de ella. En orgoterapia se habla poco; se deja que el paciente adopte exactamente la actitud especial que trata de evitar. En consecuencia, la dejé poner los ojos en blanco. Lo hizo con vacilaciones, pero cuando sus ojos alcanzaron cierta posición, se asustó y dijo: “Este es el punto en el que por lo general «me ausento»... Ahora lo sé...”. La incité a probar otra vez. Lo hizo, mas volvió a asaltarla el miedo. “Nuestro acuerdo era que no tocaríamos a las «fuerzas»... No quiero renunciar a ellas...”, me respondió.

No la incité a hablar más en esa sesión. Pero mi mente se aferraba a un pensamiento y no podía hacerlo a un lado: *¿Es posible que el ataque o proceso esquizofrénico tenga un anclaje local, al igual que otros síntomas como la anorexia, la jaqueca o la angustia cardíaca? ¿Podría ser la base del cerebro, la zona del entrecruzamiento del nervio óptico? ¿Sería razonable suponer que la esquizofrenia es una verdadera “enfermedad del cerebro”, provocada por algún tipo específico de conmoción emocional, con una contracción local de partes especiales del cerebro, debida a la severa angustia?* Muchos síntomas de la esquizofrenia parecían confirmar la validez de este supuesto: la típica mirada esquizofrénica, los procesos degenerativos del cerebro encontrados en viejos esquizofrénicos (serían cambios estructurales *secundarios* de los tejidos, debidos al uso erróneo, tal como la calcificación de los vasos sanguíneos se debe a la contracción crónica, angustiada, del sistema vascular); el informe de tantos esquizofrénicos de que sintieron la frente como velada o “aplastada” al estallar la enfermedad. Parecía importante seguir esta cadena de pensamientos.

18ª sesión:

La paciente volvió sintiéndose bien. Trabajamos con la expresión de sus ojos. La incité a tratar de “ausentarse” otra vez, a establecer contacto con las “fuerzas” poniendo los ojos en blanco, y a reproducir mediante un esfuerzo de su voluntad la mirada vacía, lejana. Cooperó con buena disposición de ánimo, pero cada vez que se aproximaba a cierta posición y expresión de sus ojos, la asaltaba la angustia y se detenía. Parecíamos estar en la línea correcta. De pronto, y sin razón aparente alguna, dijo: “Usted me sugiere todo lo que me sucede”.

Este enunciado admitía sólo una interpretación: el trabajo deliberado con los ojos provocaba su mecanismo esquizofrénico. Como yo la había incitado a hacerlo, era lógicamente yo quien sugería todo lo que le sucedía. La idea de ser influida por mí brotaba de una actitud puramente biofísica. Esta actitud corporal provocaba a todas luces la idea de ser influida por otra persona. Este mecanismo podría posiblemente aplicarse a muchos casos —si no a todos— de ideas de persecución.

Aventuré la suposición preliminar *de que la “ausencia” de los ojos se debía a una contracción local del sistema nervioso, en la base del cerebro*. Conforme a este supuesto, la contracción desempeñaba igual función que las demás contracciones biofísicas, a saber, *impedir las corrientes y sensaciones corporales demasiado intensas*. Había alcanzado así un primer fundamento firme para la comprensión orgonómica del proceso esquizofrénico.

4. IRRUPCIÓN DE LA DESPERSONALIZACIÓN Y PRIMERA COMPRENSIÓN DE LA ESCISIÓN ESQUIZOFRÉNICA

Debemos tener presente que este experimento orgonterápico con un caso de esquizofrenia no se llevó a cabo sobre una base psicológica. Por el contrario, todas las manifestaciones psicológicas del proceso esquizofrénico debían comprenderse según profundos *procesos biofísicos subyacentes determinantes de las funciones de la mente*. Nuestro supuesto es que el dominio de lo psíquico es mucho más limitado que el dominio del funcionamiento biofísico; que las funciones psicológicas son meras funciones de la autopercepción o la percepción de funciones plasmáticas biofísicas, objetivas. Así pues, un esquizofrénico caerá en un estado de desorientación cuando su autopercepción se vea abrumada por intensas sensaciones de flujos plasmáticos orgonóticos; bajo el impacto de las corrientes orgonóticas, en cambio, el carácter genital sano se sentirá bien, feliz y altamente coordinado.

Nuestro enfoque de la esquizofrenia es *biofísico* y no psicológico. Tratamos de entender las perturbaciones psicológicas sobre la base de las disfunciones *plasmáticas* y tratamos de comprender las fantasías *cósmicas* del esquizofrénico según las funciones de una energía orgónica *verdaderamente cósmica* que gobierna su organismo, aunque él percibe su energía corporal de manera psicóticamente deformada. Además, no creemos que la interpretación psicológica de las ideas esquizofrénicas pueda ir más allá del significado de las palabras y de los hechos históricos. *No puede*, de manera alguna, llegar a los procesos puramente físicos y biofísicos, pues éstos se desarrollan *más allá* del dominio de ideas y palabras. Esto constituye lo que se denomina con justicia “profundidad” del mundo esquizofrénico, por oposición al mundo superficial del neurótico.

La esquizofrenia no es una enfermedad psicológica, es una enfermedad *biofísica* que abarca también al aparato psíquico. A fin de comprender este proceso, es indispensable el conocimiento de las funciones de la energía orgónica. El núcleo del problema está en la desorganización del funcionamiento orgónico unitario, total, y la percepción subjetiva de

tal desorganización. Síntomas esquizofrénicos como la desorientación, la experiencia de "la catástrofe mundial", la pérdida de la facultad de asociación, la pérdida del significado de las palabras, el retraimiento de los intereses, etc., son reacciones secundarias de la quiebra de funciones básicamente organísmicas, biológicas. Otros síntomas tales como la mirada perdida en la lejanía, el trance, los automatismos, *flexibilitas cerea*, catalepsia, lentitud en las reacciones, etc., son expresiones directas de la perturbación biofísica y ninguna vinculación tienen con la psicología. Retraer libido del mundo es un resultado y no la causa de la enfermedad. El deterioro general del organismo en fases posteriores del proceso se debe a un encogimiento crónico del aparato vital, como sucede en la biopatía del cáncer, si bien son distintos su origen y su función. El organismo carcinomatoso que se encoge no está en conflicto con las instituciones sociales, debido a su resignación. El organismo esquizofrénico que se encoge está lleno de conflictos con la pauta social, a la cual reacciona con una escisión específica.

Si no mantenemos separados estos métodos de enfoque, no obtendremos resultado práctico alguno. Nosotros mismos nos confundiremos en cuanto a la naturaleza y funciones de la esquizofrenia. Es necesario hacer un resumen de estos hechos antes de continuar el estudio de nuestro caso. A base de los hechos mismos, resultará evidente que lo comúnmente denominado "proceso esquizofrénico" es una mezcla de procesos biofísicos objetivos, la percepción psicológica de estos procesos y la reacción a los mismos; por último —pero no en orden de importancia—, interviene un cuarto elemento que no podría haberse conocido antes del descubrimiento de la energía orgónica atmosférica.

Lo que sigue parecerá totalmente increíble. Por lo tanto, deseo asegurar al lector que yo carecía de toda idea acerca de la existencia de tales mecanismos. Empero, a partir del tratamiento que estamos relatando, los hechos descritos más adelante se han encontrado en varios otros casos de esquizofrenia. Desde el punto de vista clínico, y también desde el punto de vista organobiofísico, ya no puede haber duda en cuanto a la realidad de los mismos.

La paciente acudió a la *décimonovena sesión* muy calma y coordinada, pero ligeramente distraída. Habló con mucha lentitud, como debiendo vencer algún gran obstáculo y dijo sentirse muy deprimida. El día anterior había ido de compras, por primera vez en muchos meses; había comprado muchas cosas, las había gozado como nunca, las había mostrado a sus amigas y había dormido bien. A la mañana siguiente, sin embargo, estaba inundada de un gran vacío y cansancio. Había en ella un sentimiento de "nada" y sentía la necesidad de sentarse en silencio en algún rincón "y no moverse". "Cada movimiento significaba un esfuerzo tan grande". Quería estar a solas. Daba la impresión de una inminente catatonia, con inmovilidad y perseverancia.

"Todo era tan lejano... Me observaba a mí misma como si estuviese fuera de mí ser; me sentía claramente doble: un cuerpo aquí y un alma allá... [al decir esto señaló hacia la pared...] *Sé bien que soy una*

persona... pero estoy fuera de mí misma... quizá allí donde están las «fuerzas»...”

Escudriñó con la mirada, ansiosamente, las paredes. Luego, de pronto, preguntó: “¿Qué es la aurora boreal? [con mucha lentitud, como con un gran esfuerzo]. Una vez oí hablar de ella; hay dibujos y senderos ondulados en el cielo... [miró otra vez a las paredes, escudriñándolas, pero como si estuviese ausente...]. Lo oigo a usted, lo veo, pero como en la lejanía... como a gran distancia... sé muy bien que en este momento estoy temblando, lo siento... pero no soy yo, es otra cosa... [después de una larga pausa]. Me gustaría desembarazarme de este cuerpo; yo no soy este cuerpo; quiero estar donde están las «fuerzas»...”.

Me sentí profundamente conmovido, de una manera nada profesional, al asistir a su inequívoca experiencia de la escisión y despersonalización esquizofrénica. Por primera vez en mi larga carrera psiquiátrica, eso sucedía con tanta claridad ante mis ojos. Le expliqué que estaba experimentando la escisión existente en ella desde la infancia. “¿Es lo que llaman «personalidad dividida»?” preguntó. No había relacionado sus propias palabras con lo que yo acababa de explicarle. “Todas esas muchachas [las pacientes del sanatorio de mentales] hablaban de ello... ¿es eso?”

Al parecer, estos pacientes experimentan la escisión en el organismo con toda claridad, pero no pueden captarla ni describirla intelectualmente. Mientras la paciente continuaba hablando, todo su cuerpo temblaba con fuerza; mantenía el pecho alto en posición de inspiración, luchando con ahínco contra la espiración plena. La minuciosa exploración puso en claro que no percibía *en manera alguna* la retención del aliento; *el pecho parecía excluido de su autopercepción*. Tenía los ojos pesadamente velados, la frente azulada, las mejillas y párpados cubiertos de manchas. “Mi cerebro está como vacío... Nunca fué tan intenso antes...”. Le pregunté si este tipo de ataque le resultaba conocido por su experiencia anterior. Respondió afirmativamente. Le expliqué que este ataque no era más intenso que los anteriores, sino que ocupaba con mayor claridad el primer plano de su autopercepción.

La paciente repitió: “¿Qué sucede con la aurora boreal?... Yo preferiría ser solamente alma, no cuerpo...”. A partir de este momento, su conversación se tornó incoherente.

Esa fué sin duda una de las sesiones más importantes del tratamiento, y, debo agregar, uno de los acontecimientos más instructivos en toda mi experiencia médica. Hagamos un alto y tratemos de comprender lo sucedido. Para el psiquiatra de hospital, desinteresado, que ve estas cosas muchas veces por día, no significa “nada”; sólo otra de estas “locuras de lunático”. Para nosotros, esta experiencia de un organismo viviente está plena de significado y de profundos secretos. Trataré de relacionar estos fenómenos con lo que sabemos del funcionamiento orgonbiofísico del organismo. Según mi conocimiento, ni la psicología, la química ni la física clásica podrían ofrecer una interpretación plausible.

¿Por qué la paciente mencionaba la aurora boreal en conexión con su despersonalización? ¿Qué quería decir con la idea de encontrarse “a sí

misma", de encontrar "su alma", "allí donde" solían estar sus "fuerzas"? ¿Qué entendía por "allí"?

Vienen a la memoria las experiencias relatadas por grandes espiritualistas y místicos como Swedenborg. A nada conduce hacer esto a un lado con una sonrisa o con el sentimiento de superioridad de un ignorante. Debemos adherir a la conclusión lógica e ineludible *de que un organismo vivo no puede experimentar una cosa sin que exista tras ella algún tipo de realidad. Investigar la experiencia mística sobre una base científica no implica creer en la existencia de fuerzas sobrenaturales.* Lo que queremos es comprender lo que sucede en un organismo vivo cuando habla del "más allá", de los "espíritus" o del "alma que está fuera del cuerpo". No podemos confiar en superar la superstición sin comprender qué es y cómo opera. Después de todo, el misticismo y la superstición gobiernan la mentalidad de la vasta mayoría de la especie humana, arruinando sus vidas. Nada se conseguirá con despreciarlas como "charlatanería", tal como se inclina a hacerlo el mecanicismo ignorante, y por ende arrogante. Debemos tratar seriamente de comprender la experiencia mística *sin convertirnos en místicos.*

La paciente había proyectado una parte de su organismo sobre las paredes del consultorio, y se había observado a sí misma desde esas paredes. Si queremos describir con exactitud lo sucedido, debemos decir que su auto percepción había aparecido donde solían aparecer sus "fuerzas", en las paredes de la habitación. Por tanto, se impone la conclusión de que las "fuerzas" representaban cierta función de su propio organismo. ¿Pero por qué en las paredes?

Oír voces provenientes de las paredes y ver cosas en ellas, es una experiencia esquizofrénica común. En el fondo, debe existir cierta función básica a la cual se debe esta experiencia típica. A la proyección hacia el exterior de una determinada función se debe sin duda el sentimiento de estar dividido en dos. Al mismo tiempo, la escisión crónica de la personalidad o, en otras palabras, la falta de *unidad* del organismo, constituye el trasfondo del cual emerge la escisión aguda. La explicación psicoanalítica del mecanismo de proyección en términos de impulsos reprimidos que se atribuyen a otras personas o a cosas fuera de uno mismo, sólo relaciona el contenido de la idea proyectada con una entidad *interior*, mas *no explica la función de la proyección misma*, independientemente de la idea proyectada. Estas ideas proyectadas varían con los pacientes; en cambio, *el mecanismo de proyección es el mismo en todos los casos.* Por tanto, el mecanismo de proyección es mucho más importante que su contenido. Tiene importancia saber que en el delirio paranoico el perseguidor es el objeto homosexual amado; ¿pero por qué un ser humano proyecta su deseo homosexual mientras otro lo reprime y forma con él algún tipo de síntoma? El contenido es en ambos casos el mismo. Lo esencial, en consecuencia, es la *diferencia*, es decir, *el mecanismo de la proyección, la capacidad de proyectar. Sin embargo, esto nunca ha sido comprendido.*

Consideremos con seriedad las expresiones de nuestra paciente. Creamos lo que dice, palabra por palabra. Luego podremos decidir qué

es lo deformado y qué lo realmente cierto. Lo más sorprendente es la afirmación de que la percepción está "allí donde solían estar las «fuerzas»". *Es como si las percepciones estuviesen ubicadas a cierta distancia, fuera de la superficie epidérmica del organismo.* Es evidente que debe existir una severa perturbación de la capacidad interior de autopercepción *antes* de que sea posible "sentirse fuera de uno mismo". Esta perturbación interior es, como lo hemos descubierto con anterioridad, la separación entre la autopercepción y el proceso biofísico objetivo que debe ser percibido. En el organismo sano, ambas cosas se unen en una sola experiencia. En el individuo neurótico acorazado, las sensaciones biofísicas de los órganos no se desarrollan de manera alguna; las corrientes plasmáticas están muy disminuídas y en consecuencia *por debajo* del umbral de la autopercepción ("insensibilidad"). *En el esquizofrénico, en cambio, las corrientes plasmáticas siguen siendo intensas y no están obstruídas, pero la percepción subjetiva de esas corrientes está obstaculizada y escindida;* la función de percepción no está reprimida, mas tampoco unida a la corriente; en la experiencia del esquizofrénico, la función de percepción parece hallarse "desplazada", "carecer de hogar". Como la percepción subjetiva no se relaciona *vivencialmente* con las corrientes plasmáticas objetivas, parece comprensible que el *esquizofrénico busca un motivo para estas experiencias que él no siente como suyas.*

La situación quizá explique la *confusión* que tan a menudo abrumba al esquizofrénico cuando la escisión entre excitación y percepción se aguza. Percibe algo que no es suyo; debe haber algún motivo para la experiencia, motivo que él no puede descubrir; la gente no le entiende; el médico dice que "es una locura" y esto sólo aumenta la confusión; angustia e intranquilidad son el resultado lógico de esta confusión. El esquizofrénico se oye hablar, pero como su autopercepción está separada del proceso biológico al cual pertenece, sus palabras le suenan extrañas y lejanas; las palabras pierden su contacto con las cosas que indican, como lo describiera Freud en forma tan correcta; éste es el comienzo de la desorganización del habla. En nuestra paciente, era evidente que su habla comenzaba a desorganizarse en cuanto la percepción de sí misma "en las paredes" se hallaba en su apogeo.

Impulsar la escisión básica esquizofrénica hacia su culminación en una experiencia aguda de delirio sensorial tal como el "estar fuera de uno mismo", requiere una determinada función corporal. En nuestra paciente, era el severo bloqueo de la respiración contra las sensaciones plasmáticas inminentes lo que constituía la causa *inmediata* de la proyección. *Su cabeza se hallaba inequívocamente en estado de shock a causa de la falta de oxígeno provocada por la respiración bloqueada.*

A este respecto, cabe mencionar una experiencia que yo mismo tuve hace unos veintiocho años, durante una anestesia general. Me había sometido a ella con la firme determinación de observar la iniciación de la pérdida de la conciencia. Al despertar, logré recordar gran parte de la experiencia. La parte más impresionante fué sentir que las voces de las personas que se hallaban en la sala de operaciones se alejaban cada vez

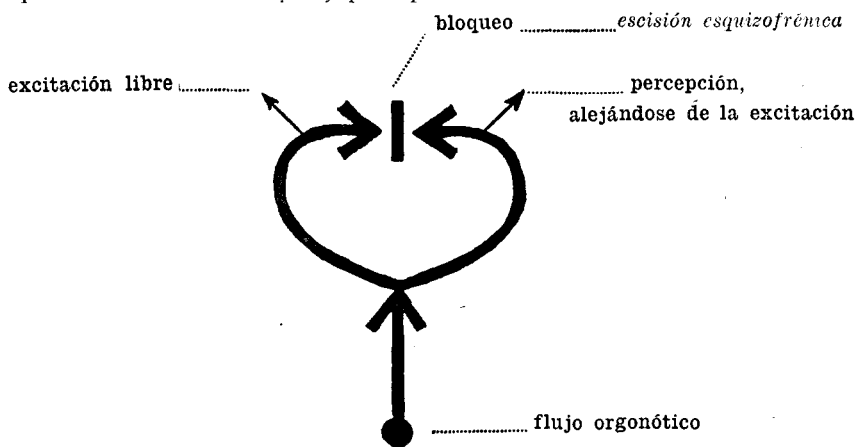
más, se tornaban más y más irreales; además, sentía como si mi yo percipiente se alejara a gran distancia. La despersonalización debida al efecto central de la anestesia se experimentaba en la siguiente forma: "Percibo que todavía percibo... Percibo que percibo que percibo... Todavía percibo que todavía percibo que todavía percibo, etc...", *ad infinitum*. Al mismo tiempo, sentía que mi yo se retiraba, por así decirlo, retrocedía en la distancia *exterior*, tal como uno experimenta el hecho de oír voces a la distancia mientras ve su propio cuerpo dormido en la cama.

La completa pérdida de la autopercepción va precedida de una experiencia muy similar a la descrita por mi paciente. Así, pierde mucho de su misterio.

Desde el punto de vista de los hechos, "*proyección*" es el proceso de *receso de la capacidad de percibir, su alejamiento de las funciones orgánicas percibidas o habitualmente percibidas*. Su resultado es el delirio de impresión sensorial "desde fuera del organismo".

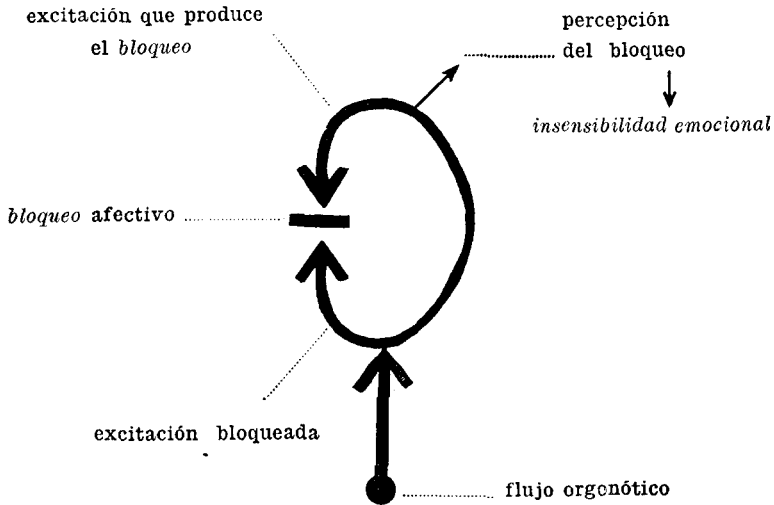
Este alejarse de la función de la autopercepción respecto de las funciones orgánicas, no puede experimentarse en algunos casos sino como la experiencia del "alma que abandona el cuerpo" o "el alma fuera del cuerpo". Como la percepción tiene sólo un contacto débil —y ese contacto finalmente se interrumpe— con las funciones bioenergéticas que refleja subjetivamente, uno experimenta de manera muy típica un "autoalejamiento" o "alejarse uno mismo a distancias muy grandes". En consecuencia, los procesos de proyección, trance, despersonalización, alucinación, etc., tienen como base una escisión *concreta* del sistema bioenergético.

La escisión entre *excitación corporal* y *percepción psíquica de esta excitación*, aleja la sensación corporal a una gran distancia, por así decirlo. En nada difiere que se experimente como alejándose la excitación orgánica o su percepción. En cualquiera de los casos, el bloqueo se produce *entre excitación y percepción*:



Escisión esquizofrénica debida al bloqueo de la percepción de la excitación; la excitación se percibe como "extraña", "ajena" o "alejada",

y no, como en el “frío” neurótico compulsivo, entre la fuente de energía y su motilidad:



Bloqueo afectivo del neurótico compulsivo, debido al bloqueo de la bioenergía por obra del acorazamiento total. La excitación no se percibe en forma alguna: insensibilidad; la autopercepción es completa, pero “no viva”, “muerta” o “vacía”.

En el neurótico compulsivo, el flujo de energía está realmente disminuído, o bien se fija en un acorazamiento completo en cuanto aumenta. En el esquizofrénico, el flujo de energía *no* disminuye; no hay bloqueo de la producción de energía en sí misma, sino sólo falta de percepción de la excitación de elevada intensidad. Esta falta de percepción se relaciona sin duda con un definido bloqueo en la región de la base del cerebro, en especial en el nervio óptico, según lo expresa la típica mirada esquizofrénica. Creo *correcto*, en consecuencia, buscar la lesión somática en algún punto del cerebro. Es totalmente incorrecto sin embargo creer que se puede eliminar el proceso esquizofrénico mediante una lobotomía frontal. La esquizofrenia, al igual que el cáncer, es un proceso biopático *general*, con síntomas locales debidos a un funcionamiento perturbado de los órganos. Tomar la perturbación local del cerebro como si fuera el proceso esquizofrénico, sería tan incorrecto como tomar el tumor canceroso *local* por la totalidad del proceso canceroso.

Comuniqué a la paciente todo lo que yo entendía acerca de su enfermedad. Cooperó en forma magnífica, aunque su habla se veía en extremo perturbada y la mayor parte del tiempo era mucho más lenta que lo normal.

La función de *autopercepción* aparecía perturbada en grado sumo y dependiente de la intensidad con que se desarrollara la escisión entre excitación y percepción de la misma. La disociación y la producción de palabras sin sentido aumentaban cuando aumentaba la escisión. Al desaparecer ésta retornaba la función normal del habla y de la asociación y la paciente comenzaba a sentir las corrientes corporales nuevamente como suyas. Esto permitía establecer la conclusión de que *la función de autopercepción, tomada en su totalidad, dependía del contacto entre la excitación objetiva y el sentimiento subjetivo de esa excitación.*

Cuanto más estrecho era este contacto, tanto mayor la intensidad de la autopercepción. Esta observación revestía suma importancia desde el punto de vista teórico; ahora era posible establecer una conclusión a modo de hipótesis más general.

5. LA INTERDEPENDENCIA ENTRE CONCIENCIA Y AUTOPERCEPCIÓN

Lo que sigue es un primer intento orgonómico de aproximación al problema de la conciencia y la autopercepción. No trata de resolver este gran enigma, el de mayor magnitud de la naturaleza; con todo, parece abarcar de una manera promisoría el problema de la autoconciencia: *La conciencia es una función de la autopercepción en general, y viceversa.* Si la autopercepción es completa, la conciencia es también clara y completa. Si la función de la autopercepción disminuye, también disminuye la función de la conciencia en general, y con ella se deterioran todas sus funciones, tales como la palabra, la asociación, la orientación, etc. Si la autopercepción no sufre perturbaciones, pero refleja sólo un organismo rígido, como sucede en el neurótico con bloqueo afectivo, también serán rígidas y mecánicas las funciones de la conciencia y del intelecto. Si la autopercepción refleja un funcionamiento orgonómico embotado, también lo estarán la conciencia y el intelecto. Si la autopercepción refleja una excitación orgánica débil, remota, la conciencia desarrollará ideas de estar "más allá", o de "fuerzas extrañas y ajenas". Es por esto que los fenómenos esquizofrénicos se prestan tan bien —mejor que los de cualquier otro tipo de biopatía— a una comprensión del problema más difícil y más oscuro de toda la ciencia natural, a saber, la capacidad de la materia viva para percibirse a sí misma y, en las especies más desarrolladas, de tener "conciencia" de sí misma.

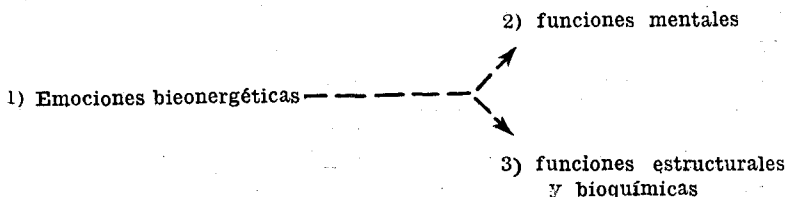
Aunque la autopercepción constituye conciencia de sí mismo; y aunque el tipo de autopercepción determina el tipo de conciencia, estas dos funciones de la mente no son idénticas. La conciencia aparece como una función superior, desarrollada en el organismo mucho después que la autopercepción. A juzgar por las observaciones realizadas en procesos esquizofrénicos, su grado de claridad y unidad no depende tanto de la fuerza o intensidad de la autopercepción, como de la más o menos completa integración de los innumerables elementos de la autopercepción en una única experiencia del propio ser. En el derrumbe esquizofrénico vemos cómo desaparece esta unidad y cómo, juntamente con ella, se desintegran las funciones de la conciencia. Por lo general, la desinte-

gración de la autopercepción *precede* a la de las funciones de la conciencia. *Desorientación y confusión* constituyen las primeras reacciones a la propia falta de coordinación perceptiva. La asociación de ideas y el hablar coordinado que de ella depende, son las funciones de la conciencia que se desintegran a continuación en el animal humano cuando la desintegración de la autopercepción ha progresado lo suficiente. Aun el *tipo* de falta de coordinación de la conciencia refleja el tipo de desintegración encontrado en la autopercepción.

En la esquizofrenia paranoidea, donde la autopercepción se halla severamente perturbada, están fuera de quicio también la asociación y el habla. En el estupor catatónico, donde el organismo está aguda y severamente contraído e inmovilizado, es regla general el completo mutismo, es decir, la falta de habla y de reacción emocional. En el cuadro de la enfermedad hebefrénica, donde tiene lugar un lento deterioro y embotamiento de todos los procesos biofísicos, también la percepción y la conciencia están por regla general embotadas, son más lentas y cada vez menos eficaces.

Así pues, debemos llegar a la conclusión de que las funciones mentales de autopercepción y conciencia están directamente relacionadas, y se corresponden, con ciertos estados bioenergéticos del organismo, tanto en tipo como en grado. Esto permite, en correspondencia, la conclusión de que la *esquizofrenia es una verdadera enfermedad biofísica* y no "*meramente*" mental. La base de las disfunciones mentales se buscaba hasta ahora en lesiones químicas o mecánicas del cerebro y sus apéndices. Nuestro enfoque funcional permite una diferente comprensión de estas interrelaciones.

Las disfunciones mentales expresan de manera sorprendentemente inmediata el proceso esquizofrénico de desintegración del sistema biofísico. Las disfunciones de la autopercepción y de la conciencia se relacionan en forma directa con las disfunciones de la función emocional; sin embargo, las funciones emocionales son funciones de la motilidad orgonótica del plasma y *no de las condiciones estructurales o químicas. Las emociones son funciones bioenergéticas, plasmáticas, y no mentales, químicas o mecánicas.* Debemos ordenar las funciones bioenergéticas, mentales y estructurales de la manera siguiente, teniendo las funciones emocionales como principio común de funcionamiento:



Ninguna otra disposición es posible. Colocar 3) en el lugar de 1) significaría caer en las formas mecanicistas de pensamiento de la psiquia-

tría clásica, que a nada conducen. Poner 2) en lugar de 1) significaría hacer derivar de la confusión las perturbaciones emocionales y poner las funciones de la mente *antes* de las funciones del protoplasma. No sería eficaz y sólo conduciría a la metafísica.

Tratemos de comprender la relación funcional entre autopercepción y emoción biofísica (= movimiento plasmático).

En mi libro *The Cancer Biopathy* he tratado de establecer un cuadro aproximado del desarrollo del niño, tal como sigue:

Los movimientos de un recién nacido no están todavía coordinados en UNA función total y en consecuencia no existe en ellos "finalidad" ni "significado". Ciertamente es, ya están claramente formadas las reacciones de placer y de ansiedad; pero no encontramos aún movimientos coordinados que indiquen la existencia de conciencia total y de conciencia de sí mismo. Debemos suponer que en el recién nacido la autopercepción ya existe y opera en forma cabal, mas *no de una manera coordinada, unitaria*. Las manos se mueven por sí mismas y también los ojos, que no están enfocados sobre los objetos. Las piernas muestran sólo movimientos carentes de significado y de finalidad, sin relación alguna con los movimientos de otros órganos. Durante los primeros meses de vida, se desarrolla poco a poco la coordinación de los movimientos independientes y separados. Debemos suponer que se establece progresivamente algún tipo de CONTACTO funcional entre los numerosos órganos; con los contactos más numerosos, comienza a desarrollarse la unidad. Con toda probabilidad no estamos muy lejos de la verdad si también admitimos un desarrollo y coordinación de las funciones de las diferentes percepciones. En consecuencia, sobre la base de que la autopercepción depende del movimiento plasmático, en la existencia uterina y posuterina la autopercepción sería sólo algo brumoso, dividido en numerosas experiencias separadas del propio ser, conforme a la división de los movimientos plasmáticos de los órganos. Al aumentar la coordinación de los movimientos, sus percepciones también se coordinan entre sí, una a una, hasta que gradualmente se llega al punto en que el organismo se mueve en forma coordinada como un *todo* y por lo tanto las numerosas percepciones distintas del ser están unidas en *una* percepción total del ser en movimiento. Hasta ese momento, según debemos concluir, no podemos hablar de una conciencia plenamente desarrollada. "Finalidad" y "significado" de la actividad biológica parecen surgir como funciones secundarias, concatenadas de cerca con este proceso de coordinación. También parece depender de su ritmo evolutivo. Va mucho más allá en el animal que en el hombre. El motivo de la diferencia es totalmente desconocido. En el niño humano, la facultad de la palabra no se desarrolla hasta que los movimientos corporales y la correspondiente autopercepción han alcanzado cierta unidad y, con ella, finalidad y significado.

Debe advertirse que finalidad y significado derivan aquí de la función de coordinación, y no a la inversa. "*Finalidad*" y "*Significado*" son, por lo tanto, funciones secundarias, totalmente dependientes del grado de coordinación de los movimientos de los órganos individuales.

Si seguimos en 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 orgánica constituye un punto débil de la personalidad en el cual más adelante, en determinadas condiciones emocionales, tiene las máximas probabilidades de asentarse la falta de coordinación esquizofrénica.

Lo que en psicoanálisis se denomina "fijación en la temprana infancia" no es en verdad sino esta debilidad siempre presente en la estructura de la coordinación funcional. El esquizofrénico *no* "hace una regresión a la infancia". "Regresión" es simplemente un término psicológico que sirve para describir la efectividad *actual*, presente, de determinados acontecimientos históricos. Sin embargo, 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 matriz de su madre*; pues ha conservado esa escisión por toda su vida. Son éstas *funciones actuales, presentes, del organismo*, y NO HECHOS HISTÓRICOS. Los Estados Unidos de Norte América no funcionan como lo hacen debido al hecho histórico de la Declaración de la Independencia, sino sólo porque este hecho ha llegado a ser una realidad viviente, *presente* en la vida de los estadounidenses. La histórica Declaración de la Independencia es efectiva en la actualidad sólo en la medida en que se halla realmente anclada en la estructura emocional de los ciudadanos estadounidenses, y ni un ápice más o menos que eso. La psiquiatría no fué más allá del mero pensamiento y exploración históricos, y por eso ha caído desde el punto de vista terapéutico en un marasmo del que no puede salir. Un recuerdo *puede* movilizar las emociones actuales en el organismo actual, mas eso no quiere decir que lo haga necesariamente.

La medicina orgonoterápica no ataca los recuerdos sino el *anclaje biofísico actual* de las experiencias históricas; en esta forma, trabaja con

realidades de gran intensidad, no con sombras de recuerdos pasados. En este proceso de conmoción emocional puede o no desarrollarse un recuerdo. Carece de importancia terapéutica el que lo haga o deje de hacerlo. *El factor que transforma la estructura humana de "enferma" en "sana", es la coordinación emocional, bioenergética, del organismo.* El reflejo de orgasmo es sólo el indicio más destacado de que se ha alcanzado realmente la coordinación. Respiración, quebrantamiento de los bloqueos musculares, disolución de la rígida coraza caracterológica, son meras herramientas en este proceso de reintegración del organismo. Se los toma a menudo, por desgracia erróneamente, como un fin terapéutico en sí mismos, aun por parte de algunas personas que trabajan en nuestro campo. Tomar equivocadamente meras herramientas del trabajo médico como si fuesen un fin en sí mismas, es resultado de una manera deficiente de pensar, debida a la falta de conocimiento coordinado del organismo, es decir, debido a un juicio estrecho que no se adapta a la anchura y a la profundidad de las enfermedades emocionales humanas.

Con enfoque tan limitado de los organismos humanos, nunca penetraremos hasta los conceptos bioenergéticos básicos de la organomía. Sólo seremos a lo sumo personas que curan o que comercian con la desgracia humana, mas no médicos ni hombres de ciencia. Quisiera prevenir en especial contra los intentos de vencer las biopatías esquizofrénicas si no se ha dominado antes las *profundas* interrelaciones biofísicas entre emociones y actividades plasmáticas, percepciones y funciones de la conciencia. Estas interrelaciones funcionales eran hasta ahora completamente desconocidas y ocultas. Sólo estamos comenzando a comprenderlas; los enigmas son todavía numerosos. Por lo tanto, al formarse una opinión es esencial la máxima cautela. En el curso de nuestro desarrollo afrontamos el peligro de pasar por alto los problemas básicos del funcionamiento natural, debido al uso poco estricto de los términos. Ya se puede oír a algunas personas diciendo que la orgonterapia no es sino "un trabajo manual sobre los músculos" o "hacer respirar al paciente", o bien que el hombre sufre de "tensiones". La tendencia del animal humano a escapar a las realidades sencillas, aunque básicas, mediante la verbalización de funciones vivas, es tremenda y figura entre las actitudes más perjudiciales de la vida. No se trata de "músculos", de "respirar" o de "tensión", sino de comprender *en qué forma llegó la energía orgónica cósmica a conformar la substancia plasmática móvil, y en qué forma las funciones orgonómicas cósmicas están presentes y activas en el animal humano*, en sus emociones, en su pensamiento, en su irracionalismo, en su experiencia más íntima de sí mismo. La disociación esquizofrénica es sólo uno de los ejemplos, si bien muy característico, de las interrelaciones entre los procesos emocionales de la materia viviente y el campo de energía orgónica (o el éter) que la rodea. *Esto* es lo que importa, y no una tensión muscular. Parece que forma parte de la naturaleza de las cosas el hecho de que lo vivo simplemente funciona, y que se siente satisfecho con el mero funcionar. Reflexionar acerca de su propia existencia, sobre los caminos y los porqué del ser, es una actividad tan

antigua como el animal humano mismo; pero parece muy dudoso que sea una necesidad de la vida tanto como lo es el mero vivir. Como quiera que sea, la institución del estado ha reducido todos los intereses humanos a las cuestiones de la mera existencia. Y de alguna manera, el animal humano acepta este punto de vista *en masse* y como cosa natural.

Conocer el terreno en que uno se apoya para sus juicios, es algo esencial para toda conclusión sana. Lo que trato de transmitir aquí al lector es la gran profundidad de las funciones que encontramos en el esquizofrénico. Quiero decir *profundidad*, no complicación. Las funciones que aparecen en el esquizofrénico, si sólo aprendiéramos a leerlas correctamente, son *funciones cósmicas*, esto es, funciones de la energía orgónica cósmica dentro del organismo, en forma absolutamente abierta, sin disfraz alguno. 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 océano orgónico cósmico; en consecuencia, algunos de sus síntomas se deben a la comprensión intelectual de esta desaparición; *otros son manifestaciones directas de la función entre la energía orgónica organísmica y cósmica (atmosférica)*.

Me refiero aquí a funciones que ligan al hombre y a su origen cósmico en una sola cosa. En la esquizofrenia, al igual que en la auténtica religión y en el auténtico arte y ciencia, la conciencia de estas profundas funciones es grande y abrumadora. El esquizofrénico se distingue del gran artista, del gran hombre de ciencia o del gran fundador de religiones, en que su organismo no está equipado o está demasiado escindido para aceptar y llevar a su realización la gran experiencia de esta identidad de funciones dentro y fuera del organismo. Al cabo de un período de gran productividad, un artista o un "conocedor" se derrumba en forma psicótica. Era demasiado para poder soportarlo; el *homo normalis* que ha perdido su primer sentido, ha hecho de la vida algo demasiado duro e insostenible para tales individuos. El derrumbe final en grandes hombres como van Gogh, Nietzsche, Döblin, Ibsen y muchos otros, es obra del *homo normalis*. Desviaciones místicas como las de Swedenborg, Lodge, Eddington, Driesch, etc., se deben a la falta de comprensión *física* de las funciones de la energía orgónica cósmica y organísmica. Y esta falta de conocimiento se debe asimismo a la coraza mecánica del *homo normalis*. Pero volvamos a nuestra paciente.

20ª sesión:

Surgió ahora un nuevo problema: *¿cuál es exactamente el mecanismo corporal subyacente en la escisión esquizofrénica entre excitación orgánica y percepción de esa excitación?* Los acontecimientos apuntaban en forma clara hacia el extraño trastorno de la respiración: *un volumen respiratorio severamente restringida, unido a un pecho mecánicamente blando*. En el neurótico bien acorazado, por lo común el pecho se presenta rígido; por ende, no se desarrollan emociones intensas. En el esquizofrénico, en cambio, el pecho es blando, las emociones se desarrollan plenamente, pero *no se las percibe en forma cabal*; con toda proba-

bilidad, la inhibición del movimiento de la estructura torácica constituyó el mecanismo que separó percepción de excitación. Esto debía ser corroborado desde el punto de vista clínico. El curso ulterior del tratamiento confirmó tal supuesto.

La inmovilidad del pecho y la garganta de la paciente era muy marcada ese día. Parecía que no pasaba aire por la laringe. Al mismo tiempo, la musculatura del pecho y cuello era más blanda que nunca. La paciente dijo: "Hoy me siento muy emocionada..." Todos los intentos de provocar el paso del aire por la garganta fueron infructuosos. No hubo temblor, sino sólo una marcada aversión a respirar. Las "fuerzas" no se hicieron presentes ese día.

La paciente me preguntó si podía ir al baño. Cuando transcurrió un largo rato sin que volviera, comencé a preocuparme. Al cabo, regresó. La parte superior de su abdomen mostraba *una herida superficial de unos diez centímetros de longitud*, sobre la región del plexo solar, por debajo del esternón. Dijo que era allí donde sentía las emociones más intensas.

Le dije que tales actos no eliminarían la presión y estuvo de acuerdo conmigo. Excitarse y angustiarse por esas cosas en nada la ayudarían. Sólo la impulsaría a hacer cosas *peores*. Si uno tiene buen control del caso, acepta estos actos como un modo especial de autoexpresión. Eso requiere, por supuesto, la absoluta confianza del paciente en el médico y viceversa, confianza establecida de manera firme mediante la elaboración de la desconfianza y mediante la completa sinceridad.

21ª sesión:

La paciente llegó a esta sesión de buen humor y, para mi gran asombro, respirando profundamente. Pero había agregado tres heridas a la del día anterior. Explicó: "Tuve que hacerlo por causa de las 'fuerzas'; si no, hubiesen estado muy preocupadas por lo incompleto de la primera herida... Debía ser una *cruz*... Tengo miedo que [las 'fuerzas'] no perdonen el intervalo de veinticuatro horas transcurrido entre la primera incisión y el agregado de las cruces..."

Era evidente que se había herido en un intento de liberar bioenergéticamente la terrible tensión emocional de su zona diafragmática. Esto es lo que se califica de "locura" en el esquizofrénico. Se lo denomina "costumbre nacional del harakiri" cuando lo hace un general japonés y su consecuencia es la muerte. Básicamente, ambos actos tienen el mismo carácter; tanto en el esquizofrénico como en el general japonés, su función es eliminar la insoportable tensión emocional de la parte superior del abdomen.

Ese día, tuve la impresión de que las ilusiones psicóticas estaban presentes, pero en forma muy débil. La paciente me informó que las "fuerzas" no habían acudido en todo el día. Ella había sentido plenamente su excitación emocional. El contacto entre excitación y percepción parecía restablecido; esto dificultaba claramente la percepción de las corrientes como "fuerzas" *exteriores*. La paciente temía todavía a las

“fuerzas”; no confiaba en la situación, por así decir; el pedido anterior de las “fuerzas” de “que se sacrificara”, podía entenderse ahora como impulsos interiores a liberar la terrible tensión emocional “abriendo con un cuchillo la vejiga rígida”. Esto no hacía sino confirmar lo que la investigación orgonbiofísica había revelado en otras biopatías tales como el masoquismo: las emociones intensas corresponden a una expansión del sistema protoplasmático. En determinadas condiciones de constricción de los órganos, aparece el sentimiento de “estallar”, unido a la incapacidad de “descargar vapor”. En tales situaciones se producen las heridas a uno mismo, el suicidio, el real aplastamiento de la estructura corporal. En términos bioenergéticos, se ha pinchado una vejiga insoportablemente llena y tirante.

La mejoría no duró mucho tiempo. Yo nunca había experimentado con tanta claridad como en este caso la incapacidad para un pleno funcionamiento sano en un organismo biopático. La estructura biopática está acostumbrada al funcionamiento biopático; es incapaz de “tomar” o manejar plenamente las emociones naturales intensas, y de dirigirlas. Nunca se había manifestado tan claramente que existen dos grupos bien delimitados de animales humanos: los que tienen una coraza y los que no la tienen. Lo que parece fácil y evidente al individuo no acorazado es totalmente incomprensible e imposible para el individuo acorazado, y viceversa. Una determinada manera de vivir requiere una determinada estructura de carácter, y esto es válido para ambos campos. Nuestra paciente era incapaz de soportar un funcionamiento sano. Ahora podemos comprender mejor cuán inútiles parecen las medidas usuales de higiene mental, frente a esta incapacidad de funcionar en forma sana. Imponer condiciones saludables de vida a los organismos acorazados es como pedir a un inválido que baile. Las medidas de la higiene mental racional son muy buenas; requieren, sin embargo, eliminar la coraza del animal humano en escala colectiva y, en primer lugar, prevenir el acorazamiento biopático en los recién nacidos. Es evidente la amplitud y profundidad de esta tarea.

22ª sesión:

Las reacciones de la paciente, en especial el habla, eran notablemente más lentas. Repetía varias veces cada palabra. No podía formularlas. Su rostro estaba congelado; no podía mover los músculos faciales; sabía las respuestas a mis preguntas, mas no podía expresarlas; estaba ligeramente confundida; la piel se veía pálida, azulada y con manchas blancas; se sentía totalmente vacía.

La enferma dijo con lentitud: “Podría moverme si hiciera un gran esfuerzo... ¿Por qué es tan difícil cada esfuerzo?... ¿Qué me sucede? He pasado antes por estos estados, pero nunca los sentí con tanta claridad.”

Le dije que su respiración profunda del día anterior había impedido la aparición de las “fuerzas”. Se levantó como para marcharse, pero volvió a caer sobre el diván.

Le hice mover los músculos faciales, le levanté los párpados, le moví la piel de la frente. Fué una pequeña ayuda, pero el ataque cata-tónico continuó. Al parecer, había reaccionado a las intensas emociones del día anterior con un ataque anorgonótico, con inmovilidad, pero su inteligencia seguía lúcida; ella sabía lo que sucedía. Al final de la sesión, se sentía aún "vacía", pero menos "lejana". "Si sano y cometo un asesinato, me condenarán. Hoy han electrocutado a los muchachos..." [Ese día había tenido lugar realmente una ejecución.]

El ataque cataléptico se debía a una irrupción de cierto bloqueo profundo. El orgonterapeuta conoce el hecho de que cada capa patológica debe surgir de la profundidad. Esto no interfiere con la vida exterior: ese día la paciente había cumplido bien con su trabajo en la oficina y había estado tranquila.

La enferma quedó en el consultorio mientras yo me ausenté por unos diez minutos. Al volver, la encontré acurrucada, con la cabeza entre las piernas recogidas, las manos sobre las rodillas. NO PODÍA MOVERSE. "Rogué a Dios que usted volviera y me liberara de esta posición... De pronto me fué imposible hacer cualquier movimiento..."

La ayudé a incorporarse y comenzó a moverse con lentitud. Dijo: "Pensé que las 'fuerzas' podrían haberme hecho eso, pero no sé..." A continuación comenzó a temblarle la cabeza; después de un rato, se recuperó totalmente y se marchó, asegurando sentirse mejor.

23ª sesión:

Prevalece en ciertos círculos la concepción equivocada de que en la orgonoterapia lo esencial es el establecimiento de la potencia orgástica y sólo eso. Por supuesto, tal es y sigue siendo el principal objetivo de nuestra técnica. Pero la forma en que se llega a este objetivo reviste importancia decisiva respecto a la firmeza y a la durabilidad del éxito. *Lo que asegura resultados duraderos es esencialmente la lenta y minuciosa superación de los bloqueos emocionales existentes en el organismo, y de las angustias vinculadas con cada uno de los bloqueos por separado.* Nuestra paciente esquizofrénica estaba muy próxima al objetivo de la terapia; pero los mecanismos de la enfermedad que se intercalaban en el proceso, eran los obstáculos más esenciales a superar si se deseaba que el éxito final fuese duradero. En ciertos casos es fácil lograr la liberación de la energía acumulada. Pero si los principales bloqueos siguen sin resolver, se producirán recaídas con efectos peores que los de la enfermedad anterior. Por tanto, seguimos la regla de proceder con lentitud y de elaborar minuciosamente en cada una de las capas del bloqueo. Estos bloqueos biofísicos, que impiden el libre flujo de la energía corporal, constituyen exactamente la "disposición" a diversos tipos de enfermedades sintomáticas.

Yo sabía que nuestra paciente llevaba en sí marcadas inclinaciones al estupor catatónico. Estas tendencias tendrían que desarrollarse en toda su plenitud; deberían llegar a la superficie y ser vencidas. El peligro más grande estaba todavía en el camino que nos quedaba por recorrer. No se debe alardear demasiado pronto del éxito.

Durante la sesión anterior la paciente había sufrido un ligero ataque catatónico. Volvió sintiéndose feliz y de muy buen aspecto: desde la última sesión, lo había pasado muy bien. Podía mover ahora los músculos faciales, pero era incapaz de mover la piel de la frente, como en un estado de “asombro” o de “enojo”.

Relató en forma espontánea que cuando la asaltaban emociones intensas se sentía impelida a hacer muecas; pero no podía hacerlas cuando se sentía “extraña”. “He aprendido duramente a no mostrar emoción alguna en mi cara... No me gustan las mujeres que demuestran sus emociones; *quiero que sean como estatuas hermosas y esbeltas...*”

Aunque dichas con gran calma, estas pocas frases contenían mucha dinamita emocional. La musculatura del cuello y de la cabeza de la paciente estaba severamente bloqueada y rígida. Por consiguiente, las muecas la liberaban en parte del sentimiento de tensión e inmovilidad. La acentuada despersonalización y escisión eliminaban la capacidad de hacer muecas. Comprendemos ahora por qué los catatónicos y los esquizofrénicos avanzados hacen muecas: es un intento desesperado de liberar la insensibilidad y la inmovilidad que abrumba su organismo y lo hace caer en un estado de estupor. Se prueban a sí mismos para ver si todavía pueden sentir algo.

No comprendí al punto lo que significaban las ideales “estatuas esbeltas”. Pronto llegaría a saberlo, y por el camino más difícil.

Ese día la paciente habló mucho de “morir”. La idea de “morir” resulta familiar al orgonterapeuta. Por lo general, aparece cuando el paciente se halla próximo a la liberación orgástica de bioenergía; se vincula con el severo temor a dejarse ir plenamente. La angustia persistirá mientras no se disuelvan los principales bloqueos del organismo, por lo común los de la pelvis. La cabeza de la paciente sufría una *visible* perturbación, sumamente severa. Por tanto, temí un prematuro estallido de convulsiones corporales totales. El resultado hubiese sido inevitablemente un derrumbe total, debido al bloqueo subsistente en su frente. “Las emociones me duelen últimamente en el vientre”, dijo la paciente. “Aquí...”, señalando la parte superior del abdomen. “El brazo derecho también vive y actúa como por sí mismo... No lo siento como *mi* brazo...”

Cuando aumenta la intensidad de un síntoma neurótico o psicótico, indica que la emoción contenida en la región local se ha hecho imperiosa y tiende a irrumpir. La separación del brazo podía quizá ser expresión de intensos impulsos a tocarse los genitales. Su idea de las “estatuas hermosas, esbeltas” no podía, a este respecto, tener otro significado que el de ser una “estatua sin genitales”, algo “divino”.

A fin de prepararla para la irrupción genital, me concentré en la inmovilizada frente y en los ojos. Le hice mover la piel de la frente, la forcé a hacer girar los ojos en todas direcciones, expresar rabia y temor, curiosidad y alerta. *Esto no es una manipulación y nada tiene que ver con clase alguna de manipulación.* No “manipulamos” mecánicamente; *inducimos emociones* en el paciente *haciéndole imitar voluntariamente tal o cual expresión emocional.*

La paciente se opuso con mucha firmeza a mostrar en sus ojos la expresión de angustia. Esta objeción es por lo común mucho más intensa en los esquizofrénicos que en los neuróticos. El motivo, basado en varios casos de esquizofrenia, es el siguiente: levantar los párpados, abrir bien los ojos y mostrar angustia libera una sensación de severo terror, con el sentimiento de inminente desastre. A veces se produce el pánico. Algunos de estos pacientes experimentan el sentimiento de que están muriendo, "ausentándose", y que les será imposible "volver otra vez". Es esencial proceder en este punto con sumo cuidado.

Trabajé con gran cautela sobre sus expresiones en la frente, deteniéndome toda vez que la paciente mostraba una angustia demasiado intensa. Al cabo de cierto tiempo, pudo mover la frente con más libertad y se sintió más libre. Su autopercepción de la totalidad del organismo estaba aún seriamente perturbada; permitir la irrupción de sus contracciones preorgásticas totales hubiese sido cosa peligrosa e inaconsejable. Se mostraba sensible al tacto, a la presión, al frío y al calor, *pero en ocasiones no sentía el estremecimiento*. Después de la sesión terapéutica, hizo muchas preguntas inteligentes sobre sí misma, pero su palabra era considerablemente más lenta que de costumbre; hablaba como si tuviese que vencer alguna fuerza contraria de gran magnitud.

Fué durante el experimento con esta esquizofrénica cuando apareció por primera vez la siguiente idea: *la sensación del órgano o "sensación orgonótica" es un verdadero SEXTO SENTIDO*. Además de las capacidades de ver, oír, oler, gustar y tocar, existía en los individuos sanos, sin lugar a dudas, *un sentido de las funciones orgánicas*, un SENTIDO ORGONÓTICO por así decirlo, completamente ausente o perturbado en las biopatías. El neurótico compulsivo ha perdido totalmente este sexto sentido. El esquizofrénico lo ha desplazado y lo ha transformado en ciertos patrones de su sistema delirante, tales como "fuerzas", "el diablo", "voces", "corrientes eléctricas", "gusanos en el cerebro o en los intestinos", etc.

Como las sensaciones orgonóticas y las percepciones orgánicas parecen constituir gran parte de lo que se denomina el *yo o propio ser*, aparece ahora en forma clara por qué una escisión y disociación entre la percepción y la palabra van por lo común juntas a la disociación y desplazamiento de estas sensaciones orgánicas.

Debemos también suponer que la severidad y el resultado de una enfermedad dependen enteramente del órgano específico en el cual tuvo lugar la insensibilización, es decir, la extinción de la sensación orgánica. La disociación de un brazo parece inofensiva si la comparamos con la inmovilización de los ojos y la frente, o incluso de partes del cerebro.

Nos opondríamos menos a las irresponsables operaciones de cerebro y lobotomías que se llevan a cabo para matar al Diablo contenido en el organismo, si sirvieran para poner al descubierto las *funciones* dinámicas del cerebro. Preguntas como "¿se mueve el cerebro? ¿se contrae y se expande cuando trabaja, al igual que otros órganos, como el corazón, el intestino, las glándulas, etc?" son de suma importancia para la patología médica y para la comprensión de las *funciones organísmicas*. Sería muy importante inventar un dispositivo que permitiera al especia-

lista en cerebro observar este órgano en su estado *natural*. Nada ayudará practicar en el cráneo “ventanillas” para estudiar el cerebro, como se ha hecho con monos y con algunos seres humanos. El órgano vivo no se mueve cuando en su vecindad se ha realizado una severa operación. Esto lo demuestran los edemas y disfunciones similares, que se producen después de las operaciones. Lo que quiero decir aquí es lo siguiente:

Existen buenas razones para creer que *en el proceso esquizofrénico resultan inmovilizadas algunas partes del cerebro, muy probablemente la base con sus raíces nerviosas*, tal como en la constipación crónica se inmovilizan los intestinos, o en un tumor estomacal se interrumpe la función peristáltica. Esto parecería un enfoque nuevo, promisorio y funcional, de las perturbaciones *somáticas* existentes en la esquizofrenia. Requeriría abandonar la concepción mecanicista de la función cerebral. Debiera considerarse el cerebro como un órgano igual a los demás dentro del funcionamiento total del organismo, como un “*transmisor*” especial de las funciones totales del plasma, y *no como la fuente de impulsos motores*. Pues si el cerebro es la fuente de los impulsos, la pregunta lógica que sigue de inmediato es: *¿quién imparte las órdenes al cerebro?* Si decimos que los impulsos motores *se originan en la materia gris*, eso equivale a suponer la existencia de un duendecillo en el cerebro. Existen numerosas especies sin cerebro, que se desempeñan plenamente en lo que a las funciones del vivir se refiere, incluyendo el juicio; y sabemos por la experiencia que perros a los cuales se ha extirpado el cerebro continúan viviendo y funcionando, aunque seriamente menoscabados por la operación.

Volviendo a nuestra paciente, la situación se caracterizaba en este momento por su cercanía a las convulsiones corporales totales y a la actividad genital; pero el bloqueo en la frente y los ojos constituía un obstáculo de gran envergadura que debía eliminarse primero, antes de poder permitirle seguir adelante en su desarrollo hacia la genitalidad natural.

24ª sesión:

La paciente llegó radiante de alegría. Se había sentido muy feliz y tranquila. Sus ojos se veían límpidos y la mirada, alerta. El rostro era rubicundo y fresco. Por primera vez en su vida había atravesado un periodo menstrual sin sufrir reacciones psicóticas. Había visitado a numerosas amigas, entre ellas una muchacha internada en el hospital de mentales. Su respiración había mejorado sobremanera, aunque no era del todo libre.

El paso siguiente era claro: yo debía llevarla de vuelta al punto en que se hallaba el día anterior. Ella debía “bombear” más emoción, aprender a soportarla sin “ausentarse”, y seguir adelante a partir de ese punto.

En el curso de la respiración profunda, apareció un temblor en el mentón y en los maseteros. Dijo entonces: “Cuando mis emociones me patean por un lado y la sociedad por el otro, me siento tentada de abandonarme, o lastimarme, o contraer sífilis o algo de ese tipo...”

Luego: “Las emociones quieren estallar aquí...” Se señaló el estómago y luego más abajo, hacia sus genitales... “Entonces soy capaz de cometer cualquier cosa...”

No se puede esperar una presentación más clara de estas relaciones.

6. LA FUNCIÓN RACIONAL DEL “MAL DIABÓLICO”

Es necesario resumir una vez más las funciones básicas descubiertas por la investigación orgonómica en la profundidad del funcionamiento biofísico del hombre, a fin de comprender plenamente el significado de la expresión ESTRUCTURA CARACTEROLÓGICA. A la luz de la biofísica orgónica, esa “estructura” se presenta como la sumatoria de las relaciones entre el sistema energético orgonótico y el sistema sensorio-motor que debe percibir las corrientes plasmáticas, ejecutar las descargas de energía y coordinar todas las funciones energéticas en un sistema ordenado, total, unitario y funcional, el “sistema orgonótico”. En el proceso esquizofrénico, el sistema perceptivo está inundado de sensaciones biofísicas de gran intensidad, no integradas en el biosistema total y que, por consiguiente, llevan una *existencia separada*, por así decirlo. Esto constituye la “escisión de la personalidad”. El biosistema tiene una tolerancia muy baja para los *aumentos repentinos* del nivel emocional —es decir, *bioenergético*— de funcionamiento. Si la tolerancia es baja, con un aumento *repentino* del nivel energético, tienden a aparecer la desorientación, alucinaciones, deterioro del habla e impulsos homicidas. En nada se relaciona esto con la “psicología”. La “psicología” del esquizofrénico es un *resultado* y no una causa del proceso. Cuando la percepción se separa de la excitación bioenergética, las sensaciones corporales se experimentan como “extrañas”, como influencias “malignas”, “demoníacas”, debidas a “poderes sobrenaturales” (“sobrenaturales” en el sentido de “más allá” de los propios poderes). En esta desgarradora confusión, el biosistema desarrolla impulsos destructivos para protegerse contra el Diabolo. Es en verdad el resto de la personalidad cuerda lo que sostiene la lucha contra el Diabolo.

Sigamos un poco más los acontecimientos tal como se sucedieron en el tratamiento de nuestra paciente.

Apenas ésta pronunció las palabras “Las emociones quieren estallar aquí...” [en el genital], empalideció y enmudeció. Estaba inmóvil, como ausente; no respondía a las preguntas. Al cabo de cierto tiempo, dijo en tono muy tímido: “Acabo de decir la oración del Señor... Las emociones se han marchado.”

Se retiró de la sesión en calma y ligeramente distraída. Al día siguiente, recibí la carta que transcribo (Las bastardillas son mías. — W. R.):

18 de marzo de 1942.

De modo que es todo emoción —usted nada sabía acerca de la música que estaba ejecutando la *Rapsodia Húngara de Liszt* — u otras— las notas me atraviesan — no pasan a través de usted o de cualquiera otra persona — para decirme algo — por lo

general no se qué — esta noche era mi grandeza — usted no podría comprenderlo — nadie en el mundo podría comprenderlo.

Hay colores y oscuridades y sombras y luces — llovía mucho esta noche caminé pisando charcos iba a quitarme los zapatos y pasar junto a su casa la gente miraba en el tren y en la calle — fui a comer a su calle principal y una mujer estaba allí hablando al muchacho de la tienda acerca de hospitales y Bellevue — habían trabajado allí — hacen que hablen entonces para molestarme pero no me sonreían — a mí — la gente del tren se divertía — y querían eliminarme — pero yo me quedé de todas maneras.

Llegué a casa y descubrí que había aprobado un examen que rendí en una ocasión para un empleo en la Municipalidad — de modo que quizá sea dactilógrafa en la Municipalidad — no podría renunciar fácilmente a eso sin embargo.

¿Simplemente humano y emocional? — Usted no podría saberlo. — Usted dijo que yo no creía en mis fuerzas — pero ellas creen en mí — envían la lluvia y me dicen que saben — no lo veré durante dos días quizá pueda olvidarlo a usted y a su trabajo — 86.000 judíos fueron muertos — masacrados hoy por los nazis en Rusia — todo por la crucifixión de Cristo — Los clavos atravesaban sus manos y uno también atravesaba sus pies — me pregunto si sangró mucho Madre Bendita perdóname — Tuyo es el Reino, el Poder y la Gloria por siempre jamás Amén.

Usted ha crucificado al Santísimo Sacramento — Usted debe pagar por ello y los suyos después de usted — Estoy protegida de mis enemigos la lluvia los marca por haberme incomodado — algo le sucederá a usted — Adler murió cuando yo le dije que moriría — Katz del Psiquiátrico también murió — Usted tendrá muchas dificultades — quizás piense que es el resultado natural de las cosas pero yo lo sabré mejor.

Usted podría haber sido una ayuda tan grande, pero siguió su propio e inimitable camino — epítome del conocimiento — esferas que giran y giran — Cuando yo necesitaba ayuda, usted no quiso dárme la — estoy protegida y amparada y si alguna vez sufro es por un motivo definido — La judía que hay en mí debe sufrir para que los demás puedan sobrevivir.

En tí, Oh Señor, reposa nuestra fe — que te lleva a la vida eterna.

Ordena y yo obedeceré ningún lazo puede hallarme ningún poder salvar a aquellos puede impedirme cumplir con mi destino predeterminado — Por favor, dime oh Señor —

Si su interés se ha desvanecido estoy dispuesta a interrumpir — si su Yo sigue inflándose también estoy dispuesta a interrumpir de modo que debo tomar primeros auxilios para ayudar a sobrevivir a los seres humanos, heridos.

Las momias y los locos se oscurecen al sol — (reflexión)

Usted, también — Fd.

Sugiero que tomemos esas cosas muy en serio. En estas experiencias esquizofrénicas se manifiesta ante nuestros ojos el mundo llamado EL MÁS ALLÁ en el misticismo común y en la religión. Debemos aprender a leer este lenguaje. Lo que el hombre normal nunca admite, lo que solamente se vive en forma clandestina, o se hace objeto de risa de manera tonta, son las fuerzas seriamente deformadas de la naturaleza; exactamente las mismas fuerzas que llenan a los grandes sabios, filósofos, músicos, genios de la ciencia, en el amplio dominio *más allá* de las concepciones de

homo normalis y de su cotidiano clamor político. Aventuro la afirmación de que en nuestras instituciones hospitalarias dedicadas a enfermos mentales están viendo podrirse sus vidas muchos grandes artistas, músicos, hombres de ciencia y filósofos en potencia, porque homo normalis se niega a mirar más allá de la cortina de hierro por él levantada frente a su vida real, porque no se atreve a mirar de frente a las realidades vivientes. Estas grandes almas, desquiciadas y hechas añicos como “esquizofrénicos”, CONOCEN y PERCIBEN lo que ningún homo normalis se atreve a tocar. No nos dejemos llevar por el camino equivocado por las distorsiones de este conocimiento. Escuchemos lo que estos seres humanos altamente dotados y de clara visión, tienen que decirnos. Podemos aprender mucho de ellos; podemos aprender a ser más modestos, más serios, menos ostentosos y altaneros, y podemos comenzar a llevar a la práctica algunas de las cosas que sostenemos de manera vacía en nuestras iglesias y nuestras elevadas instituciones académicas. Sostengo después de treinta años de estudio minucioso de las mentalidades esquizofrénicas, que ellas perciben con claridad nuestra crueldad y estupidez, nuestra falsa cultura, nuestra evasividad y nuestro temor a la verdad. *Tuvieron el valor de acercarse a lo que comúnmente se evita*, y quedaron destrozadas porque atravesaron el infierno sin ayuda de nuestros pacientes neuróticos, nuestros maestros envejecidos, nuestros crueles directores de instituciones educativas, nuestros ignorantes médicos. Esperaban emerger del infierno al aire claro, fresco, donde residen sólo las grandes mentalidades. Que no pudieron hacerlo, que quedaron atrapados en el reino del “Diablo”, no es culpa de ellos; es culpa de la abismal ignorancia y estupidez de nuestros *homines normales*.

Nuestra paciente había experimentado su tormenta emocional como una gran música. El ignorante dirá que “eso es una locura”. *No, no es una locura.* Un Beethoven atraviesa la misma suerte de tormenta emocional cuando compone una gran sinfonía que significa un enorme beneficio monetario para algún comerciante totalmente negado para la música. Es evidente que un Beethoven posee la estructura necesaria para soportar el mismo tipo de tormenta emocional que provoca el derrumbe en la estructura esquizofrénica. Es igualmente evidente para quien trabaja con las funciones orgonómicas que a fin de mantener la integridad de su mundo interior, un Beethoven retira su bioenergía de los nervios acústicos, ensordece para no verse obligado a oír la cháchara de “críticos” insidiosos y tantas otras cosas; el esquizofrénico difiere de él en que no mantiene intacto su genio y no lo desarrolla como lo hace un Beethoven. Pero sufre no menos que Beethoven la conducta y las malas acciones de nuestros Babbitt, y se retira a su propio mundo interior. Su desgracia está en que tiene un contacto sólo parcial con este mundo interior, que no está equipado para aceptarlo plenamente y llevarlo más allá; de aquí el derrumbe. Mi trabajo en Alemania con “jóvenes descarriados” no permite abrigar duda alguna de que la mejor parte de la cosecha humana puede perderse, no debido a su “maldad” sino al infierno que homo normalis llama “civilización” y “adaptación cultural”. Más adelante diremos algo más acerca de ese dominio del Diablo. Es *homo*

normalis, quien quiere que sus psiquiatras sean “objetivos”, “no emocionales”, “académicos”, “impersonales”, de modo que él pueda continuar implantando la plaga emocional en millones de sanos recién nacidos; imperturbable, odia el carácter esquizoideo por estar próximo a un dominio de la naturaleza por siempre cerrado para él.

La noche del mismo día en que tuviera lugar la tormenta emocional, nuestra paciente se sintió intranquila. Había visto a su médico del hospital, y había pasado con éxito la prueba. Pero la tormenta continuaba en su interior. Para mí era evidente que si alguna vez la paciente conseguía hacer frente a sus emociones intensas y racionales, estaría salvada. Si no, se la debería internar como catatónica en el hospital de mentales.

7. REGIONES ANORGONÓTICAS EN EL ESTADO CATATÓNICO

25ª sesión:

La paciente volvió en muy mal estado. Había librado “una batalla desesperada contra las ‘fuerzas’”. Tenía ambos brazos vendados con tela adhesiva. Una gran cruz, hecha de la misma tela, le cruzaba el vientre desde la boca del estómago hasta el genital. Me dijo que las “fuerzas” le habían pedido cuentas de su traición; le preguntaron si estaba dispuesta a un sacrificio total, a entregarse a ellas en toda la línea. Le pregunté qué quería decir con eso: “Significa que debo marcar en mi cuerpo una profunda cruz, con un cuchillo...” Ella no quería hacerlo, libró una dura batalla contra ese pedido, pero no sabía cómo escapar a la exigencia. Finalmente, pensó en tratar de “engañar a las fuerzas”: si se colocaba un vendaje en el vientre, quizá las fuerzas creerían —“sólo por breve tiempo”— que ella había cumplido con su exigencia. En una ocasión, dijo, estuvo a punto de usar una navaja para cortarse.

Su manera de hablar era considerablemente más lenta, como si todos los impulsos se hubiesen extinguido. Mostraba una ligera disociación; sus modales eran extraños y babeaba. La cara estaba pálida, la piel de la frente, inmóvil; los ojos, muy velados; la piel del cuerpo presentaba manchas. Algo debía hacerse de inmediato si se deseaba evitar la hospitalización. La enferma se hallaba en un estado análogo al de shock. La llevé al cuarto orgonótico metálico y la examiné con la lámpara fluorescente. La base de este examen es la siguiente: las lámparas fluorescentes cargadas de energía orgónica emiten cierta luminosidad cuando se frota con ellas suavemente la piel. Yo deseaba determinar si el estado de la paciente se debía a una pérdida de carga superficial o a otro factor. Las piernas produjeron el efecto de luminosidad normal. El cabello produjo sólo una reacción débil y la frente no mostró reacción alguna. Me sorprendió oír que la paciente me decía *de antemano* cuáles partes de su cuerpo producirían luminosidad y cuáles no. Predijo el trastorno a base del sentimiento de insensibilidad o de vividez que experimentaba en cada parte del cuerpo en particular.

Traté de cargarla en el acumulador orgónico. Al cabo de media hora

de irradiación, comenzó lentamente a recuperarse. El efecto luminoso se intensificó en los puntos donde antes había sido débil; pudo mover la piel de la frente, desaparecieron las manchas, su mirada recobró brillo. La perturbación había acusado la máxima intensidad en la región del segmento correspondiente a la base del cerebro: ojos, párpados, partes inferiores de la frente, sienes. Después de una media hora, sintió “la cabeza más llena, allí donde antes había estado vacía”. También mejoró considerablemente su manera de hablar.

Al final, me imploró que no la abandonara en su lucha contra las “fuerzas”, y la ayudara a llevarla a buen término. Le dije que nada podía prometer, pero que haría todo lo posible para ayudarla. Volvió a sentirse casi feliz.

Durante este tratamiento yo había llegado a la firme convicción de que *la inmovilidad de las funciones bioenergéticas en el segmento óptico, incluyendo el cerebro, era el centro del ataque catatónico agudo*. Otros casos de esquizofrenia latente y manifiesta, con tendencias catatónicas, corroboraron esta convicción. Quizá la investigación ulterior de esta disfunción revele que es generalmente *específica* del derrumbe esquizofrénico *agudo*; quizá restrinja también este mecanismo a ciertos tipos de esquizofrenia. *Su característica principal es una paralización de los movimientos, y con ellos, del funcionamiento bioenergético del cerebro, en especial de sus partes frontal y basal.*

La orgonomía ha denominado “anorgonía” a la detención del funcionamiento bioenergético. Esta sintomatología se descubrió por vez primera en la biopatía cancerosa de contracción. Pero ahora la encontramos en una esquizofrénica durante un ataque catatónico. Era correcto suponer que la mayoría de los síntomas del ataque catatónico se debían a una paralización más o menos completa del funcionamiento bioenergético en la *periferia* del organismo. Esta paralización aparecía como acompañada o incluso provocada por un retraimiento de bioenergía hacia el núcleo del biosistema. Inmovilidad, *flexibilitas cerea*, perseverancia, torpeza en el habla o mutismo, todo esto debía considerarse en consecuencia como expresiones directas de la inmovilización. Por otra parte, síntomas tales como movimientos automáticos, amaneramiento, *echolalia* y en particular la irrupción brusca de violenta ira, podrían comprenderse como un intento, por parte del resto de bioenergía móvil, de superar la inmovilidad mediante movimientos forzados o automáticos, desde el centro hacia la periferia. El alivio que experimentan por lo común los catatónicos después de un ataque de rabia, y la consiguiente mejoría en el cuadro de la enfermedad, parecerían corroborar nuestra interpretación. Cuanto más completo el acorazamiento, cuanto más se extiende en profundidad hacia el núcleo biológico, tanto mayor debe ser la ira del estallido. En otros casos, tal estallido sería imposible y resultaría en completo deterioro con pérdida de peso y detención de las biofunciones, una a una. Debe también suponerse que un cuadro esquizofrénico paranoideo se transforma más o menos bruscamente en cuadro catatónico si el biosistema ha perdido su capacidad de soportar intensos estallidos biofísicos de energía. En tales casos, la completa con-

tracción final del biosistema constituiría la reacción a los intentos de expansión por parte de los restantes impulsos vitales.

Debe destacarse en forma especial que la *intolerancia de la expansión sana por parte del organismo enfermo, constituye el núcleo de la enfermedad.*

8. LA FUNCIÓN DEL DAÑO INFLIGIDO A SÍ MISMO EN LA ESQUIZOFRENIA

Sabemos por la terapia de las biopatías mentales que el suicidio o la herida a uno mismo se producen debido a una insoportable estasis bioenergética en el organismo, cuando no hay acceso para su descarga al trabajo, a los actos destructivos ni a la gratificación orgástica. Los "motivos" psicológicos de tales actos son secundarios e incidentales; por lo común, se trata de meras racionalizaciones de la acción. En el esquizofrénico, y en especial en el tipo catatónico, el daño infligido a sí mismo reviste una función especial. Esto se puso en claro cuando los intentos de nuestra paciente por lastimarse revelaron su motivación.

26ª sesión:

La llevé a la habitación orgonótica y volví a examinar la superficie de su piel con una lámpara llena de gas, cargada de energía orgónica.* Luego le pedí que me mostrara las partes de la piel que ella sentía muertas y que frotara la lámpara sobre esas partes. Para gran sorpresa mía, señaló exactamente las zonas donde se había infligido heridas: las muñecas, donde una vez se había cortado, las palmas de las manos, el puente de la nariz, las sienes y en forma muy marcada el esternón, donde en varias ocasiones se había cortado cruces. Estos puntos no produjeron luminosidad alguna en la lámpara orgonótica, a diferencia de otras partes de su cuerpo. En su autopercepción ella los sentía "muertos" y estaban descargados, es decir, "muertos" en sentido objetivo.

Es éste un nuevo elemento, de suma importancia, de información sobre el estado biofísico en la psicosis esquizofrénica. En nuestra paciente, la idea de "sacrificio" en aras de las "fuerzas" hostiles estaba evidentemente construida sobre el fundamento de la correcta percepción de una severa disfunción energética en la superficie de su piel. La paciente se comportaba exactamente en la misma forma que numerosos esquizofrénicos en los hospitales: se frota con fuerza la piel, se tocan la frente, rozan las paredes con las yemas de los dedos, tratan de mover los párpados, balancean las extremidades, etc., de manera estereotipada; algunos lo hacen durante años enteros. Estos estereotipamientos y automatismos no han sido comprendidos hasta ahora. Pareciera como si estas actividades catatónicas fuesen expresiones de un intento desesperado pero fútil de recuperar la sensación en esas partes del cuerpo que se sienten muertas. Quisiera destacar especialmente las muecas faciales catatónicas. Los catatónicos tienen por lo común caras severamente rígidas,

* Cf. mi artículo "Orgonotic Pulsation", sobre la "luminación", 1944.

como máscaras. Las muecas parecen ser por tanto un intento de movilizar la musculatura facial insensible.

Desde un punto de vista teórico, la falta de autopercepción de partes del cuerpo o de sistemas enteros de órganos, sería —conforme a estos descubrimientos biofísicos— resultado directo de una deficiencia de la carga orgónica de las respectivas partes u órganos. El biópata neurótico compulsivo sólo siente un vacío e insensibilidad generales, mientras el biópata esquizofrénico percibe la disfunción con mucha mayor claridad y en forma inmediata. Puede decirnos exactamente dónde está ubicada esa disfunción, si no nos negamos a prestar atención a lo que dice, y a comprender su lenguaje de expresión emocional, es decir, *bioenergética*.

Se justifica entonces la conclusión de que la mentalidad esquizofrénica describe procesos *objetivos*. El funcionamiento normal, sano, del organismo, se expresa en una distribución uniforme de bioenergía en todo el biosistema, y asimismo está gobernado por esa distribución. Bien sé que nos movemos siguiendo caminos que nadie ha estudiado todavía en forma científica. No se trata sólo de territorio *nuevo*, sino de una tierra de nadie, por así decirlo. La autopercepción del bienestar y la felicidad, de la fuerza y la seguridad, se debe a la coordinación total de las funciones parciales, autorreguladas, de los diversos órganos que componen el organismo. En consecuencia, el sentimiento de disociación, de escisión, de despersonalización, en el biosistema esquizofrénico, debe obedecer a la falta de coordinación de los órganos y sistemas de campos energéticos del cuerpo. Es como si algunos de los órganos —sugiero en especial el cerebro— llevaran *existencias separadas*, desligadas del organismo total, como si no hubiera CONTACTO ni UNIDAD entre las entidades bioenergéticas llamadas “órganos”. La confusión y desorientación mental y emocional son un resultado directo de una *cuerda* autopercepción de esta disociación.

Nuestra paciente reaccionó de manera absolutamente inequívoca: cuando su frente comenzaba a “cubrirse de un velo”, sentía al mismo tiempo *como si las circunvoluciones de su cerebro se enredaran “como intestinos enmarañados”*. Para mí esta descripción está llena de significado *racional*. Pese a las objeciones rutinarias de la neurología mecanicista, parece improbable que el cerebro tenga circunvoluciones como los intestinos y sin embargo *no se mueva*, como la mayoría de los demás órganos, cuando realiza su trabajo de coordinación y transmisión de impulsos centrales. ¿Acaso no es razonable suponer que el cerebro está constituido por circunvoluciones a la manera de los intestinos, precisamente porque *se mueve* mientras funciona, tal como sucede en la peristalsis? Algunos individuos sanos acostumbrados a pensar, relatan claramente que sienten un gran calor en el cerebro y en la frente cuando piensan con gran esfuerzo; que sienten un “resplandor”, el cual desaparece al desaparecer el esfuerzo; por otra parte, en casos de deficiencias mentales y de pseudodebilidad vemos frentes pálidas, inmóviles, frías. Si se reflexiona sobre esta cuestión, parece evidente que el cerebro no se comporta en forma distinta a la de los demás órganos durante su funcionamiento intenso. La producción de calor es un indicio bien

conocido del esfuerzo fisiológico, tanto en los músculos como en el estado emocional de la excitación sexual. La falta de producción de calor se aprecia fácilmente en casos de bioenergía reducida, como en las biopatías del cáncer, las debilidades anorgonóticas, la anemia, etc. No existe, por ende, motivo para suponer que el tejido cerebral no desarrolla más energía, y con ella más calor y movimiento, durante un trabajo arduo.

Sé muy bien que este supuesto resulta extraño a la patología clásica, para la cual el cerebro es un órgano inmóvil, a pesar de la errónea suposición de que es el cerebro, con sus apéndices talámico y subtalámico, el que genera todos los impulsos de la actividad vital. No estoy de acuerdo con esta teoría. Me parece totalmente equivocada; creo que la contradicen hechos evidentes del funcionamiento vital, tales como el de seres vivos *sin cerebro*, y aspectos importantes de la filosofía natural en general. Es difícil conseguir la prueba visual de la motilidad del cerebro, como ya lo he dicho antes. Pero no puede haber duda razonable de que *en la esquizofrenia el cerebro se halla perturbado funcionalmente (y no estructuralmente)*. Las modificaciones mecánicas y estructurales aparecen después, como *resultado* de las disfunciones bioenergéticas funcionales; entre ellas, parecen esenciales la detención del movimiento y la falta de coordinación de la acción del campo bioenergético. Debemos admitir en el tejido cerebral transformaciones atróficas por falta de uso, tal como las vemos en la atrofia muscular. Si es cierto, como parece serlo, que la forma de los órganos refleja la forma del movimiento de la bioenergía, el cerebro con sus muchas y complicadas circunvoluciones es un buen ejemplo de la función bioenergética de las formas orgánicas.

La disociación emocional y bioenergética en el esquizofrénico, conduce tarde o temprano, como bien sabemos, a una decadencia general del organismo con mal olor del cuerpo, pérdida de peso, severas perturbaciones del metabolismo bioquímico, y a veces también con verdaderos desarrollos cancerosos. El esquizofrénico se contrae también biofísicamente, debido a la pérdida de la capacidad de establecer y mantener el nivel normal de bioenergía.

Volvamos otra vez a nuestra paciente, que nos permitió penetrar tan hondo en los enigmas de la esquizofrenia:

La traté durante varias semanas con el acumulador orgónico. El orgón ejerció sobre ella un efecto marcadamente positivo; provocó, como sucede en otros casos de contracción orgánica, una expansión del sistema nervioso autónomo. La cara recuperó su color, los ojos volvieron a aclararse, la palabra se hizo más rápida y más coordinada, y la paciente llegó incluso a sentir placer al cabo de quince a treinta minutos de irradiación en el acumulador orgónico. Esto abría una nueva y grande esperanza para el posible tratamiento biofísico de la esquizofrenia incipiente.

La combinación de terapia física y orgonoterapia psiquiátrica constituyó una gran ayuda. El retraimiento agudo de la bioenergía podía haberse tratado sólo mediante el acumulador. La orgonoterapia psiquiátrica contribuyó a traer a la superficie mecanismos esquizofrénicos provenientes de mayores profundidades.

Durante la 27ª sesión, la paciente se mostró la mayor parte del tiempo de buen humor; la piel de la frente tenía movilidad y su mirada era clara y alerta. Pero la respiración se manifestaba todavía restringida. Es posible “bombear hasta la superficie”, por así decirlo, el resto de los mecanismos patológicos. Mientras todavía se puede provocar la angustia por medio de la respiración o de determinadas actitudes típicas del cuerpo, la estructura biofísica no está realmente libre de sus disfunciones. Cuando “bombee” sus emociones, la paciente perdió su alegría, las “fuerzas se acercaron”, la frente volvió a verse pálida e inmóvil: “Algo se ha interrumpido entre la piel de la frente y el cerebro”, dijo. Esto sucedía siempre —según manifestó— cuando las “fuerzas” la rodeaban; por lo común, desaparecía al desaparecer aquéllas.

Durante el período siguiente (*sesiones 28ª a 32ª*), la paciente pareció haber experimentado una notable mejoría. En repetidas ocasiones dijo: “No sé si quiero mejorar...” Con ello, quería decir que no sabía “lo que le sucedería” si mejoraba. En varias ocasiones, me imploró: “Por favor, ayúdeme contra las fuerzas... no están ahora, pero sé que volverán... Les tengo tanto miedo... sálveme...”

Resultaba ahora claro, en forma inequívoca, que las “fuerzas” eran sus percepciones *distorsionadas* de las corrientes orgonóticas plasmáticas; que las amaba y las temía al mismo tiempo; que cuando las corrientes se intensificaban, caía en un estado similar al de estupor. La vivencia de las “fuerzas”, la huida hacia los mecanismos psicopáticos y la inmovilidad del segmento óptico, constituían una sola unidad funcional.

Yo podía ver que la paciente luchaba contra una expresión mezquina, cruel, en sus ojos. La alenté a dejarse ir y a obligar a esta expresión a manifestarse. Lo logró con cierto esfuerzo y de inmediato se sintió mucho mejor; pero al mismo tiempo pareció estar también a punto de sufrir un ataque catatónico cada vez que sus ojos producían la expresión de odio intenso. En una ocasión se levantó, caminó como sumida en estupor hasta el ropero empotrado, tomó la estufa y la colocó, todavía encendida, ante la puerta del ropero; luego tomó algunas perchas y con ellas construyó una cruz sobre la puerta de aquél. “Debía tranquilizar y aplacar a las fuerzas”, según manifestó. También me dijo algo más tarde que “sólo sentía algunas partes de su cerebro”; otras partes “estaban retorcidas” y “por lo tanto, se sentía confundida”.

Yo sabía que la paciente debería sufrir un severo ataque de angustia, con una posible recaída completa en la catatonía, cuando las corrientes plasmáticas irrumpieran con todas sus fuerzas. Esto parecía depender totalmente de si la mujer se entregaría o no a la respiración profunda. Cada vez que las “fuerzas” se tornaban demasiado poderosas, podía verse que su respiración se hacía más superficial.

En las cuatro semanas que siguieron (era primavera) mejoró mucho. Se desempeñaba bien en la oficina donde había tomado un empleo; se mostraba sociable y alegre; los ataques de retraimiento eran más raros y no tan intensos como solían serlo antes. Es cierto, de tiempo en tiempo volvía a su actitud y a sus actos esquizofrénicos. Así por ejemplo, una vez vino a la sesión con el abdomen envuelto en tela adhesiva “para

mantenerme entera...” Una biopatía neurótica se hubiese limitado a expresar el temor a estallar; en cambio nuestra paciente tomaba medidas contra esa posibilidad, en una forma típicamente psicótica. Pero tanto ella como yo comprendíamos lo que sucedía, por qué hacía esas cosas, y ella sabía perfectamente bien cuándo dejaría de hacerlas. Yo le había explicado con todo detenimiento todo lo relativo al peligro que todavía la esperaba, y lo había comprendido con inteligencia verdaderamente esquizofrénica.

La paciente había aprendido también a mostrar en sus ojos la expresión de odio criminal, sin que ello la aterrorizara. Esto le infundía cierto sentimiento de seguridad frente a su temor de cometer un crimen; comprendía que uno puede expresar plenamente el odio asesino, sin que eso signifique que deba cometer un asesinato.

Trabajé continuamente, con prudencia, sobre la inhibición de la respiración en su garganta, logrando algunos resultados. Pero nunca se entregaba totalmente a la respiración *emocional*. Había desplazado sus principales sensaciones desde el pecho hacia el abdomen; esto era un indicio del desplazamiento de la percepción de sus corrientes orgonóticas hacia la zona de los *genitales*.

Una vez, trató de colocarse un lazo corredizo alrededor del cuello, como jugando, “para ver si podía ahorcarse”. Estos actos poseían todavía un matiz de peligro; pero muy disminuído por el tono de juego y el humor junto con los cuales se presentaban. Yo sabía que la paciente no estaba aún libre de la posibilidad de suicidarse verdaderamente. El médico de la institución hospitalaria, que la controlaba, advirtió el gran cambio y la alentó en su esfuerzo terapéutico. Este psiquiatra era muy amable y muy buen colaborador.

Era evidente que la bioenergía y las sensaciones que la acompañaban se movían en forma acentuada hacia la región *genital*. Las sensaciones preorgásticas se acercaban. Por lo tanto, el bloqueo todavía predominante en su garganta constituía el principal problema terapéutico. Yo sabía que si no lograba disolver a tiempo este bloqueo, que *si la excitación genital irrumpía con gran fuerza estando el bloqueo todavía presente, la paciente caería definitivamente en la catatonía*. Era una carrera contra el tiempo, para eliminar el bloqueo de la garganta antes de llegar al pleno desarrollo de la excitación genital.

Un día, la paciente se entregó en forma total a la respiración y SINTIÓ EN FORMA INMEDIATA LA IDENTIDAD DE LAS CORRIENTES ORGONÓTICAS Y DE LAS “FUERZAS”. Lo supo al instante y con toda claridad, sin duda posible. La estructura torácica se movía automáticamente. Experimentaba intensas sensaciones de flujo en todo el cuerpo, con excepción de la región genital propiamente dicha, desde el *mons pubis* hacia abajo. Preguntó: “Sería posible curar el cuerpo sin tocar el alma?” Pregunta sumamente extraña. ¿Representaba el “alma” a la sensación genital, o quizá al genital mismo? Era muy probable que así fuese. Debiéramos esperarlo cuando las “fuerzas” representaban a las corrientes corporales; cuando, además, el apogeo de las corrientes corporales se experimentaba en los órganos genitales como “lo ha prescrito la naturaleza”, era lógico

suponer que también el “alma” estaba representada por las sensaciones preorgásticas en los genitales. Estas sensaciones habían estado separadas de la percepción tanto tiempo que no se las podía percibir sino como fuerzas extrañas y como el “alma”, la parte más prominente de la autopercepción. Esto se confirmó cuando la paciente insistió en que “no quería que le curaran el alma”.

La paciente mostró amplia cooperación durante semanas enteras. Cada vez que la respiración natural despertaba la excitación genital, se oponía de manera psicótica y endurecía los músculos de los muslos, los músculos aductores profundos, en una forma conocida en todos los casos.

33ª sesión:

Los órganos genitales son herramientas biológicas de la descarga energética y de la procreación de la especie. Esta última función es ampliamente conocida y aceptada. *Homo normalis*, heredero del *homo sapiens*, a su vez heredero del *homo divinus*, ha condenado en cambio la función biofísica de la descarga de energía; en la vida de fantasía del hombre, esta descarga ha retornado bajo la forma del DIABLO. El individuo biológicamente fuerte no quiso o no pudo sacrificar su juicio racional a las demandas del pensamiento eclesiástico; la gran fuerza natural entró en conflicto con la dependencia del individuo respecto de sus congéneres y respecto de la sociedad. En estas circunstancias, las fuerzas genitales siguen funcionando, pero se las separa del resto del organismo como “malas” o como “pecado”, y vuelven bajo la forma del DIABLO, como “fuerzas del más allá”, en el dominio de la esquizofrenia y del misticismo en general.

Este hecho se aclaró hasta no dejar dudas durante el ulterior progreso de nuestra paciente. Desde Tausk, en 1919, se ha sabido en psiquiatría que el aparato genital constituye el perseguidor en la ilusión esquizofrénica. Pero no se sabía que este hecho poseía una significación biológica mucho más profunda; era la *intensa sensación de la corriente vital* en el cuerpo, y no simplemente los genitales, lo que se vuelve ajeno e insoportable tanto en el adolescente como en el psicótico. Los órganos genitales tienen un papel tan preponderante sólo debido a que su excitación induce las más fuertes sensaciones de estar vivo.

Dije a la paciente que le cabía ahora la tarea de aprender a *sentir* su región genital con tanta claridad como sentía otras partes de su cuerpo. Se entregó plenamente a la respiración, pero pronto la asaltó la confusión y su cara se llenó de manchas al aproximarse a las corrientes de su pelvis. Ví por primera vez acalambrarse sus muslos. Las “fuerzas” *comenzaban a irrumpir en la zona a la cual pertenecían, a saber, la región genital.*

La paciente hablaba como en secreto, temerosa y con voz apagada; dijo que nadie la había comprendido acerca de “estos sentimientos”. Comenzó a describir ampliamente lo que experimentaba cuando “sucedió o comenzaba a suceder en esa región”. De alguna manera, las fuerzas hacen que *las cosas existentes en la habitación adopten una “expresión rara”*; toman un aspecto “peculiar”. Esto no quiere decir que cambia-

ban de forma; pero adquirirían una EXPRESIÓN VIVA, el significado de SERES VIVOS. “Algo extraño surge de ellas; parecen querer decirme cosas importantes, como si estuviesen animadas”. Luego la asaltaron la confusión y la angustia.

En un comienzo, no pude comprender por qué “las cosas que la rodeaban cobraban vida” cuando la paciente estaba próxima a experimentar la excitación genital. Luego se aclaró:

En la intensa excitación biosexual, el campo de energía orgónica del organismo se expande considerablemente; todas las impresiones sensoriales se aguzan y se definen 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 VÍVIDAS, APARECÍA COMO 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 PSICÓTICO PERCIBE FUERA DE SU ORGANISMO SU PROPIO CAMPO DE ENERGÍA. Los contenidos de la sensación, tales como las ideas homosexuales o destructivas proyectadas, son secundarios respecto de la percepción bioenergética del campo de energía orgónica.

Hagamos un alto y consideremos la certidumbre de este supuesto, aparte de la experiencia clínica aportada por nuestra paciente:

El medidor del campo de energía orgónica, construido en 1944,* demostró la existencia de un campo de energía orgónica ubicado más allá de la superficie epidérmica del organismo.

Un electroscopio cargado con energía orgónica reacciona ante el campo de fuerzas de la palma de la mano en movimiento, y no ante la lana.

El oscilógrafo reacciona cuando se coloca el electrodo sobre una toalla mojada y cuando toca la toalla un organismo viviente o un órgano tal como la mano.

Los biones dotados de una elevada carga orgónica matan a distancia bacterias y células cancerosas, y atraen otros cuerpos. Esta capacidad desaparece al producirse la muerte.

Por lo tanto, no puede dudarse de la existencia del “sexto sentido”, la percepción orgonótica más allá de la superficie del organismo.

Explicué a la paciente la función del campo de energía orgónica tal como se lo aprecia en los biones, en las células sanguíneas y en el medidor del campo. Lo comprendió y me dirigió el cumplido de que yo era la primera persona que podía explicarle sus profundas experiencias de manera comprensible.

Quisiera mencionar aquí brevemente dos casos de reacción paranoidea, los cuales demuestran que en ciertos casos la alucinación sensual persecutoria sigue a la percepción de la energía orgónica fuera de la superficie epidérmica del organismo.

* Cf. *The Discovery of the Orgone*, vol. II, 1948.

Hace algunos años traté a una mujer que sufría de anestesia vaginal. Estaba casada, pero nunca había experimentado sensación alguna en su pelvis. Al cabo de cierto tiempo, comenzó a aparecer el reflejo de orgasmo; pronto se desarrolló lo suficiente como para reactivar las funciones fisiológicas naturales de las membranas mucosas vaginales y de las glándulas. Relató que el marido parecía bastante satisfecho por el desarrollo de sus relaciones. Sin embargo, pocos días después trajo al marido, desesperada: él había concebido la idea de que, en forma maliciosa, yo estaba ejerciendo sobre él alguna influencia con corrientes eléctricas por mediación de la vagina de la mujer. Era evidente que el marido había desarrollado una idea paranoidea de persecución. Fué internado en un hospital con un diagnóstico de esquizofrenia paranoidea.

¿Por qué sufrió el marido este derrumbe psicótico cuando la mujer desarrolló intensas corrientes y excitaciones vaginales? No podríamos haber respondido a esta pregunta antes de haberse descubierto las funciones de la energía orgónica organísmica. Ahora parecía claro: el sistema energético del marido podía soportar el abrazo genital sólo mientras no se produjeran sensaciones muy intensas. Cuando la mujer comenzó a recuperarse, el organismo de ésta indujo sin duda en él corrientes y sensaciones intensas. El organismo del hombre reaccionó a esta experiencia con una escisión a la manera paranoidea. Yo había curado a la mujer; por lo tanto, a través de su vagina había influido sobre él con electricidad. El hombre mostraba los típicos síntomas esquizofrénicos en la mirada.

Este caso demuestra que en el organismo de uno de los compañeros se producen cambios fisiológicos reales cuando cambia el funcionamiento genital del otro integrante de la pareja. Esto se aplica tanto al embotamiento de las sensaciones como al incremento de excitación. Vemos a menudo en la orgonoterapia que un marido o una mujer mejoran cuando mejora la situación bioenergética en el compañero sometido a tratamiento.

Un hombre con definidos mecanismos psicóticos solía reaccionar con marcada angustia cada vez que volvía la mirada hacia arriba. Se sentía como si lo estrangularan. Un día le hice volver la mirada hacia arriba otra vez. En esta ocasión, la reacción fué especialmente intensa. En el curso del ataque de angustia, miró hacia un rincón de la habitación, abrió desmesuradamente los ojos, comenzó a gritar y señaló aterrizado a ese rincón: "No lo siente —gritó— allí, está allí mismo, sale de la pared, me mira fijamente". Luego se levantó de un salto y corrió aterrizado *hacia ese rincón* del cual sentía que provenía la mirada. Le conduje a esta reacción varias veces. Gradualmente la intensidad fué disminuyendo, hasta desaparecer por completo.

En este caso también se había producido una "proyección". Desde el punto de vista bioenergético, sin embargo, yo no tenía motivos para dudar de que su campo de energía orgónica había resultado excitado fuera de su cuerpo y que esto había permitido la reacción psicótica. Volviendo a nuestra paciente, en las semanas que siguieron se sintió feliz, trabajó bien y no tuvo delirios; las "fuerzas" parecían haber desaparecido. Pero un día, al volver a entrevistarse con el médico de la

institución psiquiátrica, le dijo que no sabía si continuar el tratamiento conmigo; que todo eso la confundía y no comprendía los mecanismos que yo le explicaba.

Se había vuelto contra mí con malicia. Durante las sesiones se comportaba en forma altanera, arrogante, como si me despreciara. El tratamiento la hacía incapaz de vivir en el mundo real de los seres humanos reales; estaba perdiendo el “credo” de un “más allá” que al parecer era parte tan importante de sí misma. ¿Cómo podría existir en este mundo si llegaba a adquirir la genitalidad? Bien sabía, dijo, que la gente es enferma; pero no quería cambiar su mundo por la realidad tal cual es.

Rechazó mi sugerencia de poder desarrollar la capacidad de vivir su propia vida sin tener que escapar a su mundo esquizofrénico. A esto, contestó que tal como es, el mundo no permite a los seres humanos vivir la felicidad de la unión sexual sin imponerles severas cadenas y dolores. Por consiguiente, prefería su mundo de ilusiones en el cual era su propio amo y estaba protegida por las “fuerzas”.

Su juicio de la situación social, en lo que se refería a la manera económico-sexual de vivir, parecía perfectamente racional. Ni una sola de sus ideas críticas podría haberse refutado sobre la base del bienestar humano, de la seguridad social o de la integridad moral. Así por ejemplo, durante la pubertad la paciente había tenido momentos de gran cordura y de juicio lúcido, anhelando claramente un muchacho que la abrazara y a quien poder amar; pero luego la asaltó el pensamiento de *dónde* amarlo, y *qué hacer con sus familiares*, quienes la hubiesen acusado y obstaculizado con sólo imaginar su conducta. Tenía miedo de ser enviada a un reformatorio; sabía que se convertiría en una criminal si la sorprendían y la enviaban a una institución correccional. En esa época ignoraba que más adelante pasaría muchos años en un hospital de mentales. Pero el sufrimiento motivado por sus frustradas excitaciones corporales se hizo tan intenso, que por último acogió con beneplácito la monotonía de esos hospitales.

¿Debía la paciente haber cedido a su madre enferma, que la regañaba todo el día, que odiaba al marido y hablaba de él en términos despreciativos, que le calumniaba en todas las ocasiones y en todos los lugares donde podía hacerlo, porque él se había alejado de ella? Y si no, ¿cómo podría haber desarrollado su gran inteligencia en algún campo del trabajo humano cuando no tenía un cuarto propio, cuando la madre abría todas las cartas dirigidas a ella? Se había visto oprimida por su abrumador anhelo corporal de un hombre, y por la imposibilidad social de satisfacer ese deseo en su situación vital. El período que abarcó este dilema fué breve, pero de absoluta agonía. Entonces, por primera vez, las cosas que la rodeaban adquirieron vida y parecieron “decirle cosas”. Al comienzo la paciente sintió curiosidad; mas cuando los fenómenos fueron cobrando intensidad, la asaltó el terror y finalmente la confusión. ¿Dónde *terminaba ella* y dónde *empezaba el mundo que la rodeaba*? Cada vez podía determinarlo con menor certeza. Entonces la inundaban impulsos homicidas y le resultaba muy difícil abstenerse de herir a los

demás. Por lo tanto, los muros del hospital de mentales aparecían como un refugio donde escapar a la gran tensión y a la persecución por parte de su propio organismo.

Durante las semanas que siguieron, la paciente evidenció claridad mental y buena disposición a colaborar; deseaba que yo la “liberara de su experiencia de los objetos animados”, que tanto la aterrizzaba. Sentía un miedo mortal por el “otro mundo”. Le pedí describiera este “otro mundo”, y dibujó el siguiente diagrama:



El poder de las “fuerzas” se manifestaba en su capacidad de abrir a la paciente las puertas del mundo B cada vez que ella se sentía angustiada en el mundo A. Este “otro mundo” era “perfectamente real”, aunque ella muy bien sabía que “no era real”.

La paciente comenzó a percibir la insensibilidad de su garganta. Por primera vez en varios meses comprendió lo que yo quería decir cuando insistía en que ella retenía su respiración, en que debía tratar de obligar al aire a salir, que debía dejar “caer” o “descender” su pecho.

Cuando su pecho se movía hacia abajo y sentía pasar el aire por la glotis, la asaltaba la angustia. Al sentir una intensa excitación en la parte inferior del abdomen, dijo: “Tengo miedo de algo que no siento, pero sé que está allí...”

La proyección y ofuscación de las corrientes corporales eran el resultado de la *falta de clara percepción de una sensación orgánica que, no obstante, se percibía*.

Es muy difícil explicar con palabras apropiadas estas funciones biofísicas. Están más allá del dominio de las palabras y las ideas. Es muy difícil formular con palabras una experiencia en la cual un proceso del organismo se percibe y al mismo tiempo *no se percibe como propio*. Pero no puede haber duda alguna de que es la clave exacta para comprender la escisión esquizofrénica y la proyección de las sensaciones corporales en este tipo de enfermos. La aguda inteligencia de la paciente volvió a manifestarse cuando formuló de manera espontánea la diferencia entre una experiencia histérica y una esquizofrénica: la primera, dijo, consiste en el enajenamiento de un órgano respecto de la experiencia corporal total; la segunda consiste en un enajenamiento al igual que en la histeria, sumado a una *interpretación errónea y a una deformación de la percepción desprendida*.

Esta descripción concuerda con la más hábil comprensión biopsiquiátrica del proceso. Se adapta a todo tipo de experiencia mística; el misticismo percibe un proceso corporal propio como si fuera ajeno y originado “más allá” de la propia persona, o más allá de la tierra.

34ª sesión:

La paciente se hallaba en un constante desequilibrio entre la integración racional de sus vivencias y la ilusión esquizofrénica. Yo había confiado en que su proceso esquizofrénico se desarrollaría plenamente una vez que su autopercepción estableciera contacto con la excitación corporal, en toda su intensidad. Mi suposición resultó correcta.

La paciente llegó llena de vívidos delirios esquizofrénicos. Poco después de la última sesión, en la cual entrara en contacto con sus corrientes corporales, tuvo diarrea. Sentía los “intestinos retorcidos... y algo se había movido hacia abajo, hacia sus genitales”. Vomitó todo lo que había comido; la molestaba incluso una severa flatulencia. Durante la noche, vió en su habitación muchas formas y figuras extrañas, rodeadas de halos irisados. Era evidente que la energía orgónica se desplazaba con rapidez en su cuerpo y acarreama la excitación de los intestinos. Era además evidente que la paciente había interpretado mal la mayoría de sus sensaciones. Se quejó: “No confío en usted... usted está confabulado con ellas [las fuerzas]; ellas usan todos los medios posibles para hacerme daño... envenenaron mi comida, y tuve que vomitar... hicieron llover para incomodarme... antes, nunca se mezclaban en mi vida diaria... ahora lo hacen... es culpa de usted...”

La idea de ser envenenada puede comprenderse como resultado de las excitaciones que llegan a la parte superior de los intestinos en dirección inversa, es decir, en los impulsos de vomitar. La persuadí a entregarse más a las “fuerzas” y logró ceder con mayor plenitud. Sumido todo su cuerpo en fuerte temblor, volvió a desvanecerse. La reviví pellizcándola. Pero su mirada seguía vacía y “lejana”. La piel de la frente estaba inmóvil; la enferma temblaba con marcada angustia.

Esto era en sí mismo un gran paso adelante. Yo lo había esperado: Ya sabía que todos sus síntomas esquizofrénicos estallarían una vez desarrolladas y plenamente percibidas sus sensaciones orgánicas. Pero ignoraba cuál sería el resultado: *¿catatonía completa, o restablecimiento?* Era necesario correr el riesgo, pues sin terapia, de todas maneras la catatonía hubiese sido el único desenlace. También sabía que era grande el peligro de suicidio. Me aseguré de su confianza y su honestidad. La paciente me confió que el día anterior, cuando sus manos parecieron completamente muertas durante cierto tiempo, había sentido el impulso de amputárselas. “... Si pudiera tener confianza en usted...”, dijo repetidas veces. “... Ahora se han apoderado de mí... hacen conmigo lo que quieren... No puedo combatirlos más tiempo...” Me llamó la atención que rechazara un cigarrillo que le ofrecía durante esta sesión. Sospechaba que estuviese envenenado.

35ª sesión:

La paciente llegó en un estado de completo shock vegetativo. La piel presentaba manchas que iban del azul al rojo. Temblaba y su mirada aparecía totalmente velada. Apenas podía hablar. En un comienzo, pareció dispuesta a cooperar. Pero al producirse convulsiones en su cara y hombros, se levantó de un salto, sacó a relucir un cuchillo

que había ocultado con el cuerpo y se abalanzó sobre mí. La tomé de la mano, le arranqué el cuchillo y le ordené con severidad que se acostara y no se moviera. Ella gritó: “Tengo que matarlo... Tengo que... Debo hacerlo...”

Durante más de dos décadas yo había experimentado y comprendido la ira criminal contra mi persona por parte de individuos a quienes aterrorizaba hasta la muerte mi descripción científica, fáctica, de las corrientes orgonóticas. Había encontrado este terror en candidatos a presidente, libertadores comunistas, místicos fascistas, psicoanalistas bien adaptados, neuróticos psiquiatras legistas, neurocirujanos, directores de hospicios, desesperados patólogos especialistas en cáncer, esquizofrénicos, políticos de todas clases, intrigantes esposas de colaboradores, etc. Sabía pues qué era lo que afrontaba: la paciente estaba azul de rabia; trató una y otra vez de saltar sobre mí, de tomarme de la garganta, de patearme... Lo hizo en forma abierta y franca, mientras el psicoanalista biópata que se siente amenazado por mis enseñanzas murmura y calumnia, diciendo a la gente que yo estuve internado en un hospicio, o que seduje a todas mis pacientes, o que acaban de darme sepultura. Prefiero con mucho el comportamiento de mi paciente. Al cabo de cierto tiempo, se rindió de modo nada esquizofrénico y estalló en amargo llanto, sollozando como una criatura. El llanto duró largo rato y fué emocionalmente completo. De tiempo en tiempo se enfurecía, maldecía a la madre, al padre, al mundo, a todo el sistema educativo y médico, al hospital del estado y a sus médicos. Por último, se tranquilizó y explicó:

Después de la última sesión, *la agobiaron movimientos espontáneos en la parte inferior del abdomen*; los había sentido con toda claridad; *por primera vez desde que podía recordarlo, sufrió una severa “picação” en el genital; trató de satisfacerse, pero sin resultados.*

Era necesario tomar serias precauciones para prevenir cualquier posible desastre. Yo sabía que si la terapia no lograba capacitar a la paciente para tolerar e integrar sus sensaciones corporales, podía esperarse lo peor. Notifiqué a sus parientes que tomaran las medidas necesarias para volver a internarla en el hospital. El lector volverá a preguntarse por qué decidí correr ese gran riesgo, por qué no la interné de inmediato. Mi respuesta es la misma de antes: los resultados científicos de este experimento eran de tremenda magnitud; internarla hubiese significado detener el flujo de información científica; hubiese significado también eliminar toda esperanza de restablecimiento. La paciente se hallaba a punto de restablecerse y merecía se le concediera una oportunidad de llegar a lograrlo. El resultado final demostró que esta actitud era correcta. Pero en ese momento yo no conocía el desenlace.

36ª sesión:

La paciente llegó tarde; no había querido venir. “No me gusta [la situación]...” —dijo—. “He sentido placer en todo el cuerpo; ahora mi cuerpo es uno, pero no me gusta...” Estaba casi completamente relajada y su respiración era profunda. “Quisiera volver a mi antiguo mundo... Yo quería a las fuerzas... Tengo miedo de querer acostarme con

un muchacho, y de quererlo con mucha intensidad..." (*Nunca* había abrazado antes a un hombre).

Mostraba todos los conocidos indicios de una severa *angustia pre-orgástica de placer*. Las perspectivas eran las siguientes: o bien se aterrizaba en medida suficiente para volver a un completo retraimiento, con toda probabilidad el final, o bien irrumpía a la salud total.

37ª sesión:

La paciente entró quejándose de los movimientos del abdomen y de la región genital. Ella no tenía poder alguno sobre esos movimientos. Por el contrario, ellos ejercían un gran poder sobre su cuerpo. Antes, nada podía hacer a las "fuerzas", pero según dijo, podía matarme porque yo había provocado en su cuerpo esos movimientos. No podía vivir con ellos. Si yo moría, cesaría mi influencia sobre ella y con esa influencia cesarían también los movimientos.

Hagamos otro alto para reflexionar sobre esta situación. El resultado terapéutico era dudoso en cuanto al restablecimiento de la cordura total. Como confirmación clínica de toda la teoría de la organiofísica orgánica, la situación era de gran valor, rica en ulteriores posibilidades, con una ancha perspectiva sobre todo el dominio de la estructura del carácter humano. Para resumir, parecía prudente establecer las siguientes conclusiones:

1. El odio homicida que yo y mis colaboradores habíamos encontrado en tanta gente, legos y profesionales por igual, se debía a la provocación de movimientos espontáneos en el cuerpo, en cuerpos que nunca experimentarían antes tales movimientos automáticos, familiares a todo individuo sano, no acorazado.

2. Si estos movimientos se *alejan* o *excluyen* del dominio de la plena percepción (= autopercepción), constituyen las experiencias de todos los tipos de misticismo. Se comprende así que un psicópata como Hitler prefiriese matar en primavera.

3. Las "fuerzas" que influyen en la esquizofrenia se identifican con los movimientos plasmáticos del organismo.

4. Muchos tipos de crimen y asesinato se deben a tales cambios repentinos en la estructura de asesinos reales o potenciales.

5. Los organismos humanos crónicamente acorazados, toleran sólo niveles reducidos de bioenergía y de las correspondientes emociones. Lo que constituye la elevada *joie de vivre* de los individuos no acorazados, su vivacidad, es decir, el funcionamiento de la bioenergía en un nivel alto con un elevado metabolismo energético, es totalmente insoportable para el individuo acorazado. Los pasajes *repentinos* desde un nivel energético elevado a otro muy bajo, constituyen la depresión aguda. En cambio, los pasajes *bruscos* desde un nivel energético crónicamente bajo a uno más elevado, constituyen situaciones dramáticas y peligrosas debido a la incapacidad de tolerar sensaciones y emociones fuertes.

Cabe esperar, por lo tanto, que tarde o temprano la biopsiquiatría logrará describir las estructuras humanas y las reacciones características

en términos de “*metabolismo bioenergético*”, “*tolerancia emocional*” a la excitación biofísica, y “*capacidad para la descarga de energía*”.

Semejante punto de vista *energético* nos permitiría manejar por fin la “naturaleza humana”, no con ideas y experiencias complicadas, sino con sencillas funciones energéticas, tal como manejamos el resto de la naturaleza.

38ª sesión:

La paciente se sentía bastante bien, lúcida, y mostraba coordinación. Había tratado de satisfacerse, sintiendo una fuerte palpitación en la vagina. Sin embargo, había “separado” su brazo derecho: no podía apretar la mano al saludar. Le expliqué que en esta separación se manifestaba alguna profunda inhibición, que debíamos hacer aflorar. “Eso sería demasiado peligroso”, fué su respuesta.

Estábamos, evidentemente, ante un bloqueo muy antiguo y profundo del movimiento de autogratificación con la mano derecha.

39ª sesión:

Yo sabía que para evitar un derrumbe final, debía hacer que la paciente atravesara las emociones genitales en la forma más rápida y segura posible. Ese día se mostró muy móvil y lúcida. Cuando la respiración hubo “bombeado” suficiente energía orgánsmica, la PELVIS COMENZÓ A CONTRAERSE Y DILATARSE espontáneamente. Aparecieron intensas sensaciones de flujo y la paciente se negó a continuar. Declaró de pronto sentirse muy confundida (*no lo estaba*); en la próxima reunión de la comisión de perdones, ocultaría a su médico el hecho de que se sentía mucho mejor, para tener las puertas abiertas y poder retornar al hospicio. “Si continúo, perderé el cerebro...” Con esto quería decir que perdería la conciencia: la ANGSTIA DE ORGASMO pasaba a primer plano. Al terminar la sesión, se persignó a la manera católica.

40ª sesión:

La paciente se sentía muy desgraciada. Yo sabía que la noche anterior había estado muy excitada sexualmente sin poder obtener gratificación, y que había llegado a un punto crucial de su vida. Me dijo que había tratado con desesperación de hacer volver a las “fuerzas”, pero sin lograrlo “a pesar del contacto con la luna”. Estaba convencida de que las “fuerzas” rechazaban su compañía porque ella era “judía”. Además, dijo que no quería perder su mundo; no podía vivir en “este mundo”.

Era evidente el significado que ella daba a la palabra “judía”. Quería decir ser “sexual” y “puerca” al mismo tiempo. La ambigüedad de estas experiencias emocionales derivaba de que la paciente quería sentir sus fuerzas corporales, mas no quería sentirse ni ser “puerca”. Esto concordaba perfectamente con la experiencia clínica de la biofísica orgónica: *el animal humano anhela el sentimiento cabal y la realización completa de sus emociones biosexuales; al mismo tiempo, las rechaza y las odia debido a la perversa distorsión de que las hace objeto*. Dios representa a las primeras y el DIABLO a la segunda; ambas se fusionan

en una sola entidad, dolorosa, confusa. Esto resulta obvio en los esquizofrénicos, pero también se halla presente y expresado con claridad en el *homo normalis*.

¿Se justificaba el rechazo del mundo del *homo normalis* por parte de la paciente? Por supuesto. Este mundo había arruinado su estructura biológica natural (Dios) implantando en su lugar al DIABLO; la madre era quien lo había hecho. El esquizofrénico conoce los caminos del *homo normalis* y penetra a fondo en sus desastrosos resultados. *Homo normalis*, en cambio, es un Babbitt, que no comprende el mundo esquizofrénico del juicio *racional* ni, por lo demás, su propio mundo.

Uno de los objetivos principales de este historial es describir la crisis psicótica en relación con las corrientes orgonóticas y las emociones del biosistema. Tiene suma importancia para concentrar nuestra atención en este único hecho y no dejarnos distraer por la maraña de mecanismos esquizofrénicos e ideas delirantes. Debemos llegar al común denominador que caracteriza el derrumbe esquizofrénico, sin tener en cuenta los contenidos de los delirios. *El centro del colapso esquizofrénico está determinado por abrumadoras corrientes plasmáticas orgonóticas que inundan un biosistema incapaz de capear la tormenta emocional.*

La psiquiatría ha comprendido que el sistema psicótico es un intento de reconstruir el perdido Yo (= MUNDO). Pero no podría decir por qué este mundo del Yo se derrumba. La reconstrucción psicótica es un resultado y no una causa de la enfermedad. Esto debe tenerse siempre presente. Tampoco la "fijación de índole narcisista en la infancia" es una causa del derrumbe, sino sólo una de las condiciones en las cuales éste se produce. *El núcleo del problema reside en la escisión biofísica entre excitación y percepción, y en la resultante intolerancia del biosistema a las emociones intensas.*

9. CRISIS Y RESTABLECIMIENTO

La paciente atravesó, al final y después del tratamiento, los tres períodos siguientes claramente definidos: 1. Gran bienestar y cordura; 2. Repentino colapso catatónico; 3. Pleno restablecimiento, viviendo libre de la psicosis durante más de cinco años después de finalizado el tratamiento.

1. *El rápido acercamiento a la salud:*

El primer período duró alrededor de un mes. Al comienzo, la paciente solía llorar con mucha frecuencia "porque las 'fuerzas' ya no me quieren más por ser judía..." Con las sensaciones corporales y el retorno de la percepción de las mismas, las "fuerzas" habían desaparecido por completo.

Luego comenzó a gozar su salud recientemente adquirida. Solía llamarme diciendo que ese día no necesitaba la sesión, que se sentía bien y feliz, que prefería jugar al tenis o ir al teatro en lugar de venir al consultorio. Se desempeñaba con eficiencia y se sentía feliz en su trabajo.

Durante las sesiones respiraba profundamente; se permitía el libre

desarrollo de sus emociones, lloraba, reía, hablaba con gran inteligencia y sin rastro alguno de bloqueo o de perseverancia. Pero yo no confiaba del todo en la situación, debido a mis experiencias con las reacciones a la severa angustia de orgasmo. Sabía que *la paciente no estaría segura mientras no se hubiese sometido a su papel biológico como animal hembra en el abrazo con un hombre al que realmente pudiera amar.*

Las "fuerzas no venían más". No podía verse en la superficie resto alguno de síntomas esquizofrénicos. Pero había numerosos indicios de que en la profundidad trabajaban todavía funciones esquizofrénicas, aunque sin gran caudal de bioenergía.

La paciente vacilaba en admitir el resultado de la orgonterapia. Sabemos que los pacientes que no aprecian los buenos resultados son en cierto modo hostiles debido a un resto de angustia.

La paciente afirmaba enfáticamente que agradecía sólo al gran SEÑOR por su restablecimiento. Desarrolló la idea de que "salud" significaba felicidad continua, ininterrumpida, sin intromisión alguna de penas y preocupaciones. No aceptó mi afirmación de que salud significaba también la capacidad de resistir el impacto de situaciones y preocupaciones displacenteras.

La paciente sentía su región genital como algo que le pertenecía y ya no como algo muerto o ajeno; pero sostenía carecer de todo deseo de unión sexual. No cabía duda de que no se permitía examinar a fondo el problema de la unión sexual. Recurría a evasivas y a la locuacidad cada vez que tocábamos el tema de una vida amorosa seria.

Luego, poco a poco, comenzaron a aumentar los sospechosos augurios del desastre inminente.

Comenzó a llamarme "farsante" y "hombre peligroso", pues yo provocaba "cosas malas" en la gente. "No deseaba la potencia orgástica", decía, aunque había acudido a mí explícitamente porque yo había elaborado este concepto de salud emocional.

Un día llegó con una cruz de metal colgada del cuello; la había comprado por diez centavos "a fin de apaciguar a las 'fuerzas' ". Le advertí que no debía ser demasiado optimista, pues de la profundidad de sus emociones surgirían aún más cosas demoníacas. Rió ante esto y me aseguró que yo exageraba.

Mostraba indicios de escapar a la terapia ulterior. Quería tener sólo unas pocas sesiones más. Yo no le parecía suficientemente culto, suficientemente sutil. Recurriría a la policía y me acusaría de "hacer cosas malas".

Un día no quiso cooperar en manera alguna, ni siquiera se sacó el abrigo y se marchó al poco rato. Esa misma noche me telefoneó, pidió disculpas por su conducta y dijo que aún me necesitaba mucho. Luego, los acontecimientos empeoraron rápidamente.

2. *Repentino derrumbe catatónico:*

La paciente vino a la sesión siguiente en muy mal estado de salud. Había pasado una "noche horrible": cosas y formas habían adquirido "vida" en su habitación; sobre la pared apareció una sombra y extendió

un brazo para apoderarse de ella. “No sentí angustia, pero fué una experiencia horrible”, declaró.

Se sintió algo mejor al desarrollarse las corrientes corporales y al permitirse su percepción.

Pero al día siguiente estaba en completo estado de confusión, con severa disociación en el hablar y en las ideas. Todo era “raro”, todos los actos eran terriblemente complicados, cuando algo marchaba mal creía que las “fuerzas” estorbaban su voluntad. Su empleo en la oficina constituía una pesada carga, a duras penas soportable. Durante toda la sesión habló en una forma muy lenta y casi ininteligible, pero tratando con empeño de hacerse entender.

A las 19.20, la dejé en el consultorio para que se vistiera. Uno de mis asistentes la encontró a las 20.50 en posición cataléptica: no podía moverse, había permanecido en la misma posición durante una hora y media. Con gran lentitud y con mucho esfuerzo, nos dijo que le había sido imposible llamar pidiendo ayuda. Su organismo había reaccionado con una catalepsia catatónica, es decir, con un bloqueo total de la motilidad, a las intensas corrientes plasmáticas que amenazaban abrumarla.

Al día siguiente, la paciente se había recuperado de su ataque cataléptico, pero desarrollando en cambio un *delirio de grandezas*. Este nuevo delirio cumplía evidentemente la función de impedir la circulación de bioenergía en su organismo y la percepción de la naturaleza en ella misma.

Al presentarse durante la sesión fuertes sensaciones preorgásticas, dijo de pronto: “*Soy demasiado grande y demasiado buena para ser un animal...*” Y pocos minutos después: “...Las ‘fuerzas’ quieren obligarme a que me corte la mejilla izquierda. Pero me dominaré; soy más fuerte que ellas [las ‘fuerzas’]...”

Para el experto en el funcionamiento orgonbiofísico, esta reacción era a todas luces la expresión de una ilusión de fuerza debida a la nueva y gratificadora experiencia de la *expansión* biofísica, vagotónica, de su sistema plasmático. Todavía incapaz, como lo era, de aceptar y gozar plenamente la función placentera, se volvía contra ella mediante su delirio: ahora era incluso más fuerte que las “fuerzas”, es decir, todavía era más fuerte que el *animal* existente en ella. Esto se vió muy pronto confirmado de manera drástica. Al día siguiente, recibí la siguiente carta:

Jueves

Adjunto agregado — los abogados afectivos (debieran ser efectivos) del liceo en Roma. Usted no ve que por el inmortal poder de la Voluntad de sobrevivir y triunfar. “Mi mente” está en un estado de confusión acerca de las piezas que concuerdan y mi buen jefe y mi trabajo. Usted no ordenó las piezas para mí nadie lo hizo ni lo hace y por eso acudo a los psiquiatras para descubrir. Los bebés acuáticos la diosa Diana y los cuentos del Dr. Doolittle cuando yo era una chiquilina. Soy muy vieja desde Buda y Mahoma en cavernas e Isis sobre un altar de crucifixión siempre estoy deprimida por mi misma naturaleza. Debo tener una respuesta clara no “cambiando mis pensamientos” como usted dijo — eso no resuelve nada — pero usted es muy

muy amable mis pensamientos no son pensamientos sino conocimiento impregnado concedido a mi cabeza. Frases escritas en libros que saben cómo y por qué yo sufro escritas solamente para mis ojos sin el conocimiento ni la voluntad del autor. Pensamientos impregnados.

Pero el mal pánico es de la terrible confusión que duele.

He aquí otro mensaje para agregar a su colección. Puede resultar algún día de extremado valor — Yo no tendría que decir “Yo se lo dije”.

¿Sabe quién soy? Le dije que le describiría el cuadro completo — y los griegos y los romanos — antiguos por supuesto — encajan perfectamente en el cuadro. Supongo que habrá oído hablar de “Isis” —

YO SOY SU RESURRECCIÓN

Y existen quienes se oponen a las Fuerzas Extrañas — quizás sean en total cinco. El Señor a la izquierda, los otros son más o menos algo antagonistas. Son éstos los que a veces producen temor porque están a menudo contra mí y me torturan con habilidad. Usted ve la completa reencarnación no está siempre presente y cuando sólo una parte está allí yo quedo sometida al abuso de las otras fuerzas. No me quedan sacerdotisas, etc. — no en este mundo de modo que tengo que luchar sola — y no siempre estoy llena del completo super-poder para hacerlo fácilmente — el Señor por supuesto — es mi aliado. Cuando estoy tan completa como esta noche en su casa — no hay Nada que no pueda hacer — si así lo deseara — al volver a mi casa había un agente de policía que ordenaba a alguien apagar las luces de una tienda — como precaución contra ataques aéreos — yo esperaba que me diría algo o que alguien lo hiciera — que me ordenara algo — Las gentes no pueden apreciar la grandeza que hay en mí — no la ven — sólo ven algo extraño pero no conocen el poder.

La cuestión del suicidio es difícil debido a la cuestión del *status* más allá — volvería a mi nacimiento original o iría más allá a la futura realeza — hasta que se resuelva esta cuestión nada puedo hacer. La muerte es otra fuerza, de rostro amable, serio — vino hace años — pero no ha vuelto desde entonces. La de hoy es la misma de la semana pasada, pero ésa es el Mal, creo — Ve usted, como Isis, yo no estoy en la misma posición que las Otras — principalmente una razón es que estoy predestinada a vivir aquí en la tierra y llevar esa vida — nunca me han dado la respuesta a ese problema — cuál es la razón principal de este estar en la tierra —

Esto es suficiente escribir

F.

Los nombres tienen tan poco significado son sólo restos familiares — de ninguna manera reales.

La paciente se había convertido en la diosa Isis debido a sus fuertes sensaciones corporales; la distorsión psicótica del sentimiento de fuerza, de “misión” y de contacto con el universo se debía claramente a su incapacidad de permitirse la plena percepción de la fuerza orgonótica natural y de gozarla como un organismo viviente, entero y cuerdo. Por lo tanto, parece justificada mi aseveración de que a diferencia del neurótico, el esquizofrénico tiene el pleno poder de su función de energía

orgonótica natural; difiere del animal sano, incluyendo al hombre, en que separa percepción y excitación y en esta forma transforma su sentimiento de fortaleza en delirios de grandeza y su débil percepción de la excitación lejana, en delirios del "más allá" y de persecución.

Estas visiones internas parecen revestir importancia de primera magnitud para la comprensión de todo el dominio de las ilusiones psicóticas; no importa que la escisión sea provocada por la elevada temperatura, como sucede en la amencia postpuerperal, por lesiones estructurales postsifilíticas, como en el delirio paralítico, o bien por una escisión verdaderamente esquizofrénica. La esencia es siempre la misma:

Una vez escindida la función unitaria del organismo, los procesos biofísicos de éste se percibirán como una fuerza ajena al yo, bajo la forma de alucinaciones o delirios de diversa índole. Carecen aquí de importancia los mecanismos específicos que distinguen un delirio en una parálisis general de una ilusión en la fiebre puerperal o un delirio en la *dementia praecox*. Lo importante es, en cambio, la *disociación básica del aparato perceptor respecto del sistema biofísico de excitación*.

Nuestra paciente describió con mucha claridad esta situación patológica durante los momentos lúcidos de ese período de su colapso:

"EL MUNDO ESTÁ MUY LEJOS... Y SIN EMBARGO MUY CERCA... NO ME CONCIERNE DE NINGUNA MANERA... Y SIN EMBARGO SIENTO TODO LO QUE ME RODEA DE MANERA DOLOROSA... Cuando oigo volar un aeroplano, siento con claridad que el motor hace un ruido más fuerte para *molestarme*... Los pájaros cantan más alto para hacerme pasar un mal rato... Eso parece tonto, pero creo sinceramente que lo hacen con esa finalidad... Los seres humanos me miran y observan detalladamente todo lo que hago... A duras penas puedo soportar tantas impresiones... ¿Cómo haré para poder cumplir mi trabajo?... Me gustaría volver al hospital donde no tengo que trabajar y ser responsable".

Más adelante:

"¿Me permitiría tragar esta cruz? Podría ayudarme a soportar mejor todo esto. Cuando sólo hay una "fuerza" cerca, puedo soportarlo; pero cuando son muchas, ya no puedo; mi capacidad de resistencia no es suficiente".

He aquí un lenguaje claro, por cierto. Sólo es necesario aprender a escucharlo para comprenderlo, en lugar de aplicar shocks a estas personas destrozadas. El homo normalis se encierra en su habitación con las cortinas corridas cuando la brillante luz del sol le molesta, cuando no puede soportar el impacto de las fuerzas naturales. La vieja solterona chismosa insiste en contar cuentos sobre parejas de amantes, porque su organismo no puede soportar la excitación que le produce el amor a su alrededor. El biopático *Führer* mata a millones de personas porque no puede soportar ninguna expresión de vida. El criminal mata a quien despierta en él los sentimientos de humanidad y bondad. El esquizofrénico se desintegra emocional y biofísicamente.

En la misma sesión la paciente cayó en un estado de estupor, se recobró y uno de sus parientes la llevó a su casa.

Al día siguiente, a las 13,30, tragó la cruz que había llevado sobre el pecho. Llegó a la sesión sufriendo un gran dolor. Al comienzo, sólo se había llevado la cruz a la boca. Luego, "se deslizó por sí sola..." Le lastimó la faringe, pero por último resbaló por el esófago. Con este acto había pensado "complacer a Dios" y evitar que la gente la mirara. Al tragar la cruz la asaltó el terror, pero Dios le había sonreído. Quería ascender a una elevada montaña, extender los brazos hacia el cielo; entonces Dios se le acercaría y la poseería.

Su intenso deseo de relación genital se disfrazaba así bajo la forma de la ilusión psicótica de ser poseída por Dios.

La hice comer de inmediato una buena cantidad de pan. Miró el pan y dijo: "Aquí hay ojos [los agujeros de la miga] que me miran..."

La llevaron a consultar a un médico privado, quien la examinó con rayos X. La cruz estaba en su estómago. El médico sabía del experimento orgonterápico y cooperó a fin de mantener a la paciente fuera del hospital. Pero todos los esfuerzos fueron vanos. En mi larga carrera de médico e investigador, he visto no pocos seres humanos preferir la muerte antes que admitir la percepción de la sensación bioenergética de corriente. Incluso he visto personas marchar a la guerra antes que arriesgarse al castigo por decir la verdad. Por tanto, no me sorprendió ver que esta paciente prefiriese el hospicio en lugar de admitir en su organismo la plena excitación genital.

Más tarde, la paciente eliminó la cruz en forma natural. Pero al día siguiente recibí de uno de sus familiares, que la cuidaba, el informe que sigue:

Informe del 23 de mayo de 1942:

Tuve el primer indicio de algún cambio en su conducta cuando la paciente pidió a su madre que se retirara y dijo que ella prepararía algo para comer. Luego, supe, insistió en que la madre abandonara la casa. Preparó efectivamente todo lo necesario para comer. Cuando volví a mirarla, estaba de pie junto a la piletta y tenía en la mano un vaso con el cual golpeaba el costado de aquélla. El vaso no se rompió y entonces trató de golpearla con una pequeña pala, pero también sin resultado. Pensé que se lastimaría, de modo que me acerqué y le ofrecí romper el vaso por ella. Me lo dió y lo rompí. Ella recogió los trozos y los depositó con cuidado en el recipiente de desperdicios.

Durante la comida no se produjo incidente alguno. La paciente permanecía en la cocina observándome con una mirada extraña. Después de comer me dispuse a tomar un baño. De pronto, mientras estaba todavía bajo la ducha, me sorprendió sobremanera verla aparecer en el baño llevando en la mano un gran cuchillo de cocina y completamente desnuda. Era la primera vez que yo la veía desnuda.

Le pregunté para qué quería el cuchillo. Respondió que lo había usado para abrir la puerta, para levantar el pestillo. Luego dejó el cuchillo sobre el lavatorio y me miró. Fingí seguir bañándome, pero ella seguía mirándome todo el tiempo. Estaba allí de pie, sin decir palabra, y me miraba. Traté de iniciar una conversación, pero sin resultado. De pronto saltó sobre el borde de la bañera en la que yo me encontraba, me echó las manos a la garganta y trató de hundirme en el agua. Mi cuello estaba enjabonado, de modo que no pudo tomarme con seguridad. La cogí

de las muñecas y ya obligué a salir de la bañera. Al preguntarle por qué lo había hecho, contestó que quería verme bajo el agua. Permaneció mirándome un tiempo y luego se marchó.

Cuando salí del baño, ella estaba en otra habitación, a oscuras, sentada en actitud sombría. No entré en el cuarto, pero escuché con toda la atención de que fui capaz. Al cabo de un tiempo, oí el ruido de algo que se desgarraba. Qué podía estar rompiendo, no lo sabía, de modo que al cabo de unos minutos de oír el ruido, entré para ver qué hacía. Había arrancado todas las páginas de *La función del orgasmo*, el libro del Dr. Wilhelm Reich, y estaba a punto de comenzar con otro ejemplar del mismo libro cuando se lo saqué de las manos. Se había puesto la bata y caminaba en la oscuridad.

Cuando volví a verla, se había encaramado a un *dressoir* del hall y estaba allí de pie, en estado catatónico, con un cigarrillo colgándole de los dedos. Al cabo de unos diez minutos, durante los cuales permaneció inmóvil sobre el mueble, llamé al Dr. Reich para preguntarle qué hacer. Reich sugirió hacerla bajar y traerla junto al teléfono para hablar con él. La tomé de la mano y la hice bajar. Cayó en mis brazos con cierta facilidad. Pero al querer llevarla hacia el teléfono, comenzó a patear e insistió en que la dejara. Así lo hice. Se puso la bata y se sentó para hablar por teléfono con el Dr. Reich. La dejé sola y fui a otra habitación.

El Dr. Reich me había indicado que le diera dos pastillas de un somnífero y la acostara. Pero después de la conversación telefónica, la paciente estaba mucho mejor y dijo que quería visitar a un matrimonio amigo con quienes tenía una cita. Fuimos a verlos y pasamos allí la velada. Si bien la paciente no estaba del todo bien, se mostró perfectamente lúcida. Al volver a casa, alrededor de las 2 de la madrugada, tomó dos pastillas del somnífero y se acostó.

Durmió todo el día domingo y se negó a levantarse para comer ni para ninguna otra cosa. Finalmente, se levantó el lunes por la mañana, pero no fué a trabajar ese día.

Pocas horas después de recibir esta carta, la paciente me llamó por teléfono. Quería "hacer algo, pero no podía decirme de qué se trataba". Yo conocía su situación lo suficiente como para abrigar la convicción de que no haría nada cruel. Sabía que los mecanismos esquizoideos profundamente arraigados habían irrumpido en la superficie y estaban aún apareciendo; que el comportamiento de la enferma era un *acting out* de algunos de ellos, pero también que su adhesión al tratamiento y su confianza en mí eran suficientemente fuertes para resguardarla de actos peligrosos. *El elemento de confianza mutua tenía gran peso en nuestra relación.* Ella me había prometido que se internaría si era necesario; yo debía confiar en esa promesa si deseaba lograr la cura. No se puede traer a un esquizofrénico de vuelta a la cordura si no se presta apoyo a su estructura cuerda y no se confía en ella. *La paciente sabía que contaba con mi confianza, y eso era la más poderosa garantía contra cualquier peligro real.* El desarrollo ulterior, así como el desenlace final del tratamiento, demostraron que esta actitud era correcta.

En la tarde del mismo día me llamó su pariente: la enferma se había desnudado, había trepado a una elevada cómoda y permanecía allí en posición de *estatua*; había dicho a aquél que era la diosa Isis.

También había hecho insinuaciones sexuales a su hermano, después de haber tratado de ahogarlo en la bañera.

Una hora después el hermano volvió a llamar: la paciente permanecía todavía en el mismo sitio, inmóvil; al parecer no podía moverse. Aconsejé a los familiares mantener la calma; les dije que la paciente atravesaba una determinada situación emocional, que era esencial mantenerla fuera del hospital —si era posible—, pero que debían llamar la ambulancia si sentían que la situación era peligrosa. *No tuvieron necesidad de llamar la ambulancia.*

También les dije que me llamaran de inmediato, en cualquier momento, si observaban algún empeoramiento. No lo hicieron hasta la tarde siguiente. La paciente se había acostado la noche anterior, sumamente exhausta. Ahora, a las 4 de la tarde, estaba todavía en la cama y no quería levantarse. La madre trataba *empeñosamente* de obligarla a dejar la cama. Les aconsejé dejarla dormir; estaba evidentemente agotada y necesitaba descanso después del gran esfuerzo que había vivido.

La paciente durmió ininterrumpidamente hasta promediado el *tercer* día y vino a verme a las 6 de la tarde. “Había estado en el hospicio para internarse otra vez, *pero el hospicio estaba cerrado*”. Le dije que *debía* volver al hospicio si sentía la necesidad de hacerlo. Alfirmó no saber si debía volver o no. Si lo hacía, tenía miedo de sufrir una completa decadencia. Hube de concordar en que el peligro existía, y que era de gran magnitud.

Quedó perfectamente en claro en esta sesión, después del gran ataque, que la paciente estaba *lúcida* y *muy próxima a un completo derrumbe catatónico* al mismo tiempo. Nunca había tenido yo ante mis ojos tanta lucidez y cordura unidas a un estado catatónico. Por lo común, el estado de claridad y cordura vuelve *después* de que el paciente sale del estupor catatónico mediante un violento estallido de ira. Aquí no se veía ira, *pero la lucidez luchaba contra la inmovilización*. ¿Cuál de las funciones triunfaría al final? Yo lo ignoraba; nadie hubiese podido decirlo.

Su inmovilidad catatónica era muy fuerte, aumentándose la contradicción con su intenso impulso de comunicarse conmigo, de hablarme, de decirme qué le sucedía. Hablaba con mucha claridad pero con mucha lentitud, enunciando cada una de las palabras con gran dificultad. Su expresión facial era como una máscara, *pero la mirada no estaba velada*; por el contrario, presentaba el brillo de una gran cordura y penetración. Su hablar, aunque lento, era claro y ordenado, lógico y directo.

La paciente me dijo en el transcurso de unas tres horas que el otro día *“había caído completamente en el otro mundo”*. Las “fuerzas” habían logrado arrastrarla contra su voluntad a ese otro mundo. Ella había logrado finalmente regresar a *este* mundo. Pero todavía se sentía muy, muy lejos. No tenía contacto alguno con las cosas ni con la gente. Todo le parecía remoto, como si estuviera a una gran distancia. Le resultaba totalmente indiferente que fueran las nueve de la mañana o de la noche, que la gente que la rodeaba riera o llorara, que gustaran

de ella o no. Trataba empeñosamente de acercarse a la gente y a las experiencias, pero era incapaz de hacerlo.

Miraba fijamente a un punto brillante del piso, donde se reflejaba la luz que entraba por la ventana. La paciente sabía que era luz, pero al mismo tiempo le parecía extraño, "extranjero" por así decirlo, y como si se tratase de "algo vivo". Me parecía claro que *percibía las impresiones con claridad, pero que al mismo tiempo NO PODÍA ESTABLECER CONTACTO CON SUS PROPIAS PERCEPCIONES.*

La diferencia entre la situación interior de la paciente antes del tratamiento y la actual, consistía en que antes el estado de claridad alternaba con el de confusión; *ahora se sentía confusa, pero al mismo tiempo sabía perfectamente acerca de qué estaba confusa.* Era un gran paso hacia la salud. Estas penetraciones en el proceso mismo de la curación tienen una importancia imposible de medir. No sólo nos dicen lo que sucede en el estupor catatónico, sino que revelan también funciones importantes de la autopercepción y de la CONCIENCIA misma. Todo hombre de ciencia sabe cuán decisivos son estos momentos para la futura comprensión del mayor enigma de toda la ciencia natural, la función de la *autopercepción*. Y durante todo el experimento yo me sentía y actuaba mucho más como hombre de ciencia natural que como psiquiatra. Consejaría que sólo psiquiatras dotados de una gran destreza psiquiátrica y un minucioso conocimiento de los problemas de la mente, intenten tales aventuras en la exploración de las funciones naturales del hombre. En cambio, no puede haber duda de que tan riesgosa investigación es indispensable para que la medicina llegue por fin a dominar un vasto reino de la plaga emocional.

La paciente recordaba muy bien que había tratado de ahogar al hermano y de dejar abierto el gas. Pero sostenía que "era rr quien quería hacerlo", que ella había tratado de resistir a "rr" sin lograrlo. Por lo tanto, quería volver al hospital. Era evidente que si lograba mantener su lucidez, cesarían de manifestarse las funciones psicóticas. Esto requeriría *no* esconderse tras las paredes protectoras del hospital.

Del resto del período de catatonía, la paciente sólo recordaba el día en que había adoptado la pose de la diosa Isis; no pudo recordar los dos días siguientes, pasados en la cama, inmóvil. Había vivido dos días enteros en estado catatónico, y era amnésica a ellos.

La dejé hablar cuanto quiso. Describió una y otra vez, en diferentes palabras e imágenes, el enajenamiento del mundo. Al final, la llevé al acumulador orgónico. Sus reacciones comenzaron a acelerarse al cabo de unos veinte minutos, y se marchó en buen estado. Habíamos conquistado la primera victoria sobre el colapso catatónico.

Volvió al día siguiente, exhibiendo otra vez una pequeña lentitud. Una vez más la irradiación en el acumulador orgónico eliminó rápidamente la contracción plasmática. Esto permitía abrigar grandes esperanzas. Se aclaraba que el *acumulador orgónico desempeñará algún día un gran papel en la superación de estados catatónicos manifestados mediante una contracción biofísica del organismo.*

Debo confesar que los resultados obtenidos con el acumulador orgónico me asombraron sobremanera, si bien ya entonces —hace unos siete años— estaba familiarizado con sus efectos vagotónicos. No obstante, todo me parecía sorprendente e increíble. Por tanto, bien podía comprender las reacciones de desconfianza por parte de médicos que nunca habían trabajado con la energía orgónica.

Informé al hermano de la paciente de su gran mejoría, pero volví a prevenirle contra un optimismo exagerado. También le aconsejé estar preparado para internarla en cualquier momento. La enferma estuvo de acuerdo con estas disposiciones.

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, dos enfermeros del servicio de psiquiatría vinieron a buscar a la paciente a las 7,30 de la mañana y la llevaron por la fuerza al Bellevue Hospital, sin consultar conmigo ni con sus familiares. La paciente no opuso resistencia.*

Esta omnipotencia casi divina de los psiquiatras de hospital es el mayor de los obstáculos con que tropiezan los auténticos esfuerzos tendientes a una higiene mental racional. Podían y debían por lo menos haber informado a los familiares y a mí. No. Se sentían todopoderosos después que lo peor había ya pasado, después que la paciente había sido manejada con destreza y con sumo cuidado por un biopsiquiatra experto, por los familiares y por ella misma; y ella se comportó, en vista de la situación, en forma admirable. Confío sinceramente que el movimiento de higiene mental pueda algún día cortar las alas de los psiquiatras legistas y de hospital, y obligarles a prestar atención a esfuerzos médicos nuevos y promisorios en los casos en que ellos no demuestran sino la más completa ignorancia. Todo el esfuerzo de muchos meses corría peligro de derrumbarse debido a esta acción por parte de algunos funcionarios. No pude entonces descubrir qué había sucedido. No puede haber auténtica higiene mental mientras estas cosas se permitan.

Es cierto, en varias ocasiones la paciente había reaccionado de una manera peligrosamente psicótica. También es cierto, y yo lo sabía, que habíamos corrido un riesgo muy grande. Pero corremos riesgos todos los días de nuestra vida, así sea con el solo caminar bajo techos con tejas sueltas. Sin embargo, no encarcelamos al propietario de la casa de las tejas flojas. No encarcelamos a los padres que producen criminales *en masse*. Y tampoco encarcelamos al juez que sentenció a un hombre inocente a morir en la silla eléctrica. Por lo tanto, no podemos excitarnos por actos tan bien controlados de un esquizofrénico. A pesar de todo, nuestra paciente era en general mucho menos peligrosa que un solo neurocirujano psicópata cuando mantiene el conocimiento fuera de su institución de mentales, o que un dictador que gobierna a millones. Nadie pidió que se encerrara en la cárcel a Hitler; sin embargo, ence-

rraron a esta paciente que con tanta valentía luchaba para conquistar su salud. Es evidente que por detrás de tales actos institucionales hay mucho más que la mera salvaguardia del público.

Debe citarse aquí otro hecho de importancia. Los orgonterapeutas que trabajamos con emociones humanas profundas, sabemos por nuestra experiencia que hasta el neurótico mejor adaptado sonará como un salvaje y un loco al oído de un neurólogo carente de información al respecto. Si tal neurólogo escuchara una sola sesión terapéutica de orgonoterapia, correría sin duda a la oficina del fiscal de distrito, como una vez sucedió efectivamente en Nueva Jersey, en los Estados Unidos de Norte América. Cuando las emociones profundas, el odio en especial, irrumpen a través de la coraza —procedimiento absolutamente necesario para la cura— sabemos que hemos creado una situación *artificial* donde intervienen *auténticas* fuerzas emocionales. Sabemos que las emociones son *potencialmente* peligrosas, pero el proceso de irrupción de las mismas fué deliberado. Por lo común mantenemos buen control del paciente y hemos preparado la irrupción emocional durante días o semanas, con el mayor de los cuidados. Lo mismo se aplica al hecho de abrir un abdomen para una operación. Nadie acusará al cirujano de asesino. Y nadie objeta el cruel método de la “terapia” de shock, ni la perforación del tálamo con largas agujas, ni las frenéticas operaciones de cerebros que matan a los pacientes.

Como la ignorancia en asuntos emocionales está muy difundida; como, además, todo ignorante cree ser un “experto” porque él mismo tiene emociones y puede por lo tanto juzgar procesos psicológicos o biofísicos, en biopsiquiatría la situación es distinta a la existente en cirugía.

Yo mismo no estaba seguro de cuál parte de la situación emocional de esta paciente se debía al procedimiento terapéutico y cuál a un genuino colapso psicótico. Los carceleros estaban muy alejados de tales consideraciones. Más adelante diremos algo más acerca del odio de *homo normalis* contra el esquizofrénico. Necesité sólo unos días para convencerme de que la paciente había reaccionado en forma psicótica *de acuerdo con la situación terapéutica y no como consecuencia de un colapso psicótico*; había recibido la injusticia de manera *admirable*. Poco después de su internación, desde el hospital escribió la siguiente carta a su hermano:

28 de mayo de 1942.

Muchas gracias por haber escrito tan pronto — conozco la forma en que partí y lo inesperado de toda la situación; debe haber sido un gran golpe para ti y mamá — para mí misma fué un shock, de modo que puedo imaginar cómo se sintieron ustedes. De todos modos, lo único que puedo decir es que fué un paso innecesario por parte de las autoridades del hospital; pero como nada podía hacer para impedirles que me trajeran, tuve que “aceptarlo” de la mejor manera posible.

Me preocupa un poco mi trabajo. Me pregunto si me será posible continuarlo en el punto en que lo dejé, si salgo de aquí suficientemente pronto. Me espanta la idea de perder las excelentes referencias que me darían — a menos que estén enojados por haber abandonado la oficina sin aviso previo.

Si recibes esta carta con tiempo suficiente para venir el próximo domingo, bien; si no, lo mismo será la semana próxima. Si es posible, trata de que el Dr. Reich venga contigo — me gustaría verlo.

Cuando vuelvas a escribir, envíame la dirección de E. — tómalas de mi libreta de direcciones (la que está sobre la mesa de mi habitación). Avisame si ella se ha puesto en contacto contigo y si estaba fastidiada porque el sábado pasado no pude ir con ella a la excursión de la A. Y. N.

El Diploma de Primeros Auxilios de la Cruz Roja debe llegar de un momento a otro, pues yo lo esperaba por correo dentro de una semana, más o menos.

Comunícate con O. y M. y avísame en cuanto ella tenga el hijo, y por supuesto dime cómo se siente.

Dí a mamá que me envíe algunos zoquetes. Dile también que no se preocupe — me siento bien y espero poder salir de aquí muy pronto.

Muchos cariños,

F.

Con posterioridad, descubrí que su internación se debió a la aprensión del médico del sanatorio acerca de la descripción hecha por la paciente de las “fuerzas” que irrumpían en la orgonterapia. La carta enviada desde el hospital parecía cuerda y perfectamente racional. Su curación había evolucionado lo suficiente para permitirle soportar el impacto del cruel método de internación. Recibí de la paciente la siguiente carta, donde muestra con claridad que sus reacciones eran sólo las usuales durante la orgonterapia psiquiátrica:

6 de junio de 1942.

No sé qué pensar de todas las cosas que suceden — mi detención y mi vuelta forzada al hospital constituyeron un shock — yo podría haber pensado mucho en volver — pero nunca esperé seriamente que ellos llegarían hasta el extremo de obligarme a hacerlo. En mi opinión — tienen mucho coraje — nunca he hecho cosa alguna que les diera derecho a hacerme eso — y sin advertencia — ¿le contó mi hermano? — yo podía haber armado un gran alboroto y negarme a ir — pero sabía que tenían en la ambulancia camisas de fuerza y eran suficientes para arrastrarme por la fuerza — de modo que cedí de la manera más elegante que pude — me adapté a este lugar tal como antes — trabajo y ayudo — pero me he sentido “ausente” un par de veces — aquí por lo menos eso no establece la menor diferencia — pero me gustaría dejarme ir, desatarme — la única dificultad es que terminaría en la sala de pacientes peligrosos y perdería todos los privilegios que he conseguido — por ser buena, tan bien conocida, y tan buena trabajadora — no sé si vale la pena — veremos.

De todos modos, Cristo, etc., están todavía alrededor, por así decirlo — es decir, como una especie de influencia — para confundirme las cosas — pero no lo suficiente para establecer diferencia hasta ahora — me pregunto si el shock eléctrico me haría algún bien — De paso, cómo diablos podía haberle llamado si estaba aquí el domingo — usted no creará que ellos nos permiten hacer llamados telefónicos — ni siquiera puedo escribirle esta carta sin que los médicos, las enfermeras y los ayudantes la lean y la censuren y probablemente me prohíban despacharla — de modo que mi hermano la sacará de contrabando.

¡Pienso que todos ustedes (los médicos) apestan! No sé quién tiene razón y quién no — o cuál es el camino correcto — ni quién es quién — ¿Debo decir a estos médicos que mi intención es ver a usted cuando salga? De todas maneras no veo aquí ningún médico — sólo en la reunión final del cuerpo médico, cuando deciden si la dejarán a una volver a casa o no —

¿Qué sucede? — ¿Cree usted que es demasiado grande para venir a ver a una paciente? Le escribí a mi hermano que le invitara a venir — pero él dijo que usted no podía — de modo que supongo fué por eso — ignoro quién está de mi lado y quién contra mí —

Existe la constante amenaza de ser transferida a los edificios de la parte trasera, que son terribles — y el ruido, el olor y el espanto de todo el lugar —

¿Habló usted con el médico que me supervisaba o con estos médicos acerca de algo de lo sucedido mientras estuve en casa? — ¿Es por eso que me han traído de vuelta? —

Si la culpa es suya — lo odiaré el resto de mi vida.

Luego, la institución comenzó a hacer sentir su influencia típica:

Domingo:

Escribo mientras espero que regrese mi hermano. No sé nada de nada — lo que es más — aquí las cosas no son tan malas — En verdad — está muy bien — Tenemos fiestas todas las noches — Yo y algunas otras pacientes privilegiadas como yo, y algunos asistentes—

Todo se hace disimuladamente, por supuesto — no puedo concebir una vida futura.

Veremos — lo que es más — Cristo y la Muerte, etc., vuelven a hacerse presentes — me molestan — Estoy sentada sobre un barril de pólvora porque sospecho de este hermoso tiempo que paso aquí — sospecho que Cristo, etc., están acumulando todo de suerte que pueda haber una Gran erupción para destruirlo todo — sólo para fastidiarme —

Durante todo el día y la noche, me siento como en una niebla — pero no hoy — mucho — sabe usted — embotada, etc., lejana —

No sé siquiera si después continuaré con usted — no sé nada.

Todo es falso.

De cualquier manera —

F.

Escribí una carta al médico que había comprendido mal el informe de la paciente sobre sus reacciones en la terapia. Le solicité le diera una oportunidad de restablecerse y la trasladase a una institución privada. El médico estuvo de acuerdo, pero la decadencia que yo había esperado comenzó a hacer rápidos progresos. Reproduciré aquí las cartas que recibí durante ese tiempo. Dan una idea bastante clara de lo que le sucedía a la paciente; en su lucha por la vida y el restablecimiento, la enferma demostró gran penetración, expresada de manera psicótica. Si el lector se toma la tarea de estudiar con cuidado estas cartas, de separar la expresión psicótica por un lado y el contenido de sus ideas por otro, deberá concordar en que estos esquizofrénicos no se deterioran debido a un contacto demasiado insuficiente con el mundo del hombre acora-

zado, sino todo lo contrario, debido a un contacto excesivo. Es cierto que la idea de Jesús aparece en la paciente de manera típicamente psicótica, como lo hace en numerosas psicosis. Pero también es cierto que Jesús fué clavado en la cruz por un grupo de *hombres normales*, crueles, enfermos, asesinos.

Jueves, noviembre 19 de 1942.

Es terrible y no sé qué hacer. La otra noche descubrí el porqué del mundo y de la guerra y de casi todas las cosas. Estaban bebiendo litros de sangre ante mí. Por eso el demonio es rojo y se vuelve más y más rojo y luego la sangre asciende al sol y lo enciende en una gran llama. La sangre de Jesús caía de la cruz en gotas y la tragaban, después él estaba sentado a un lado del demonio y también bebía — la mesa era redonda y oblonga, cubierta de sangre espesa (no tenía patas). La Madre María estaba en un rincón observando. Se la veía blanca como una sábana — Toda su sangre se la habían extraído y consumido. Veía a su hijo bebiendo aquello y sufría. Yo no quería verlo ni oírlo ni saber el porqué de todas las cosas — ese porqué pero ellos me obligan a ver y oír — Quizá debido a Isis — a quien usaron todos estos miles de años no sé qué hacer.

F.

La otra noche descubrí el porqué del mundo y de la guerra y de casi todas las cosas. Estaban bebiendo litros de sangre ante mí...

Esta afirmación era perfectamente cierta, en completo acuerdo con la realidad. Hitler y los demás militaristas estaban derramando millones de litros de sangre. La vinculación con el rojo del sol es psicótica, por supuesto, y sin embargo nos inclina a pensar en ella.

No recibí mensajes de la paciente durante varios meses. Luego, en febrero de 1943, la carta que sigue. Era evidente que todavía luchaba con empeño y que trataba con ahinco de aferrarse a mí:

14 de febrero de 1943.

Las cosas están revueltas como el infierno — el mundo y toda la gente apestan — Todos piensan en cortar el cuello a los demás — con cuchillos grandes, de carnicero — Matan ocho millones de personas — eran los judíos y nos mantienen aquí vivos a nosotros — *no tiene sentido — nada lo tiene — se supone que no debo comer y como, de modo que recibo el pago en intriga y mezquindad — Todo lo que me rodea — sólo para atraparme en su seno — Tengo que pesar 115 libras — Durante mucho tiempo estoy cerca de ese peso y luego como toneladas y lo recupero todo — los diez discípulos están todavía esperando que los saquen de las catacumbas y no puedo sacarlos hasta llegar a pesar 115 libras — Ahora están con el lado derecho — El Señor y ellos me ayudan en mi promesa de no comer pero yo como y, como dije antes, recibo abundante paga — tanto que no siempre puedo soportarla toda. No conozco a nadie hoy sólo hace muchas generaciones — hace siglos — eones atrás — antiguo sabio —*

Sólo el *trabajo* es hoy *correcto* y *real* — lo adoro — nunca le falla — nunca — el trabajo es una línea recta —

Usted dijo a mi hermano que me escribiría — por favor, se lo ruego, hágalo — no sé nada y me gustaría oír algo acerca de los rincones apropiados de usted — Muchas gracias —

F.

Era también característica de esta carta una gran penetración de las realidades de nuestra sociedad y de nuestro modo de vida, aunque expresada en forma distorsionada, y ésta es la forma en que más de un esquizofrénico nos mira.

La paciente permaneció en el hospital todavía algunos meses, más de un año en total. El hermano me mantenía al tanto de su estado de salud. Salió del hospicio severamente perjudicada desde el punto de vista emocional, *pero había conservado en forma excelente el terreno conquistado durante sólo tres meses de orgonterapia*. Parecía ahora menos psicótica, pero su carácter había cambiado en dirección a la neurosis de compulsión. Era mezquina, insidiosa, se comportaba mal con sus parientes, en pocas palabras, se había convertido en un típico homo normalis. Su grandeza y la "chispa" de genio habían desaparecido. El hermano casó con una muchacha perteneciente a otra fe religiosa. Antes la paciente no se hubiera preocupado por ello, lo habría tomado en forma filosófica. Ahora se opuso con mezquina base religiosa, exactamente como su madre, a quien antes juzgara perfectamente y a quien ahora imitaba. No volvió a trabajar en la oficina, como lo hiciera durante los períodos más críticos de su estado psicótico. Se limitó a vivir embotada y sin interés, aferrándose a la madre, a quien odiaba, de manera típicamente neurótica. La experiencia de su violenta internación había sido demasiado para ella. La orgonterapia no se reinició hasta octubre de 1944, un año después de haber salido del hospital.

3. Restablecimiento lento.

La condición biofísica de la paciente el 4 de octubre de 1944 era la siguiente:

La respiración funcionaba bien, el aire pasaba por la glotis con sólo una ligera restricción.

El reflejo de orgasmo se producía con facilidad y plenitud.

Obtenía a intervalos regulares *autogratificación vaginal* con descarga orgástica.

Los ojos estaban todavía ligeramente velados, pero se notaba una considerable mejoría.

La conducta total era flexible y coordinada.

Las "fuerzas" eran "muy débiles", pero "todavía estaban alrededor, a la distancia".

En ocasiones, sentía *una ligera presión* entre los ojos, internamente.

La piel de la cara mostraba un buen color.

En el curso de algunas sesiones exploratorias, pudieron discernirse todavía indicios de shock catatónico, mas en general la situación parecía satisfactoria. Pude liberar su llanto en forma total. A continuación, me pidió la dejara hablar extensamente y sobre "algo muy importante". Había encontrado el origen de su idea de ser la diosa Isis:

De niña, según ahora recordaba, había sentido que comprendía el mundo mucho mejor que los demás, en especial que los adultos. Siempre había sentido que los seres humanos a su alrededor estaban enfermos

en una forma que ella no podía comprender del todo. Lo principal de estas experiencias había sido su asombro por poder saber tanto más que los otros. Poco a poco, desarrolló la idea de estar separada del resto de los seres humanos y comenzó a creer que poseía el CONOCIMIENTO DE MILES DE AÑOS. A fin de explicarse este hecho extraordinario, supuso que eso era posible sólo si la diosa Isis había renacido en su cuerpo. Con relación al curso diario de los acontecimientos mezquinos, esta idea se le apareció como rara y por lo tanto se sintió aún más separada de los demás. Luego había comenzado a sentir su cuerpo concentrado muy intensamente en los genitales. Esto se oponía a todo lo existente en el medio que la rodeaba. Poco a poco, fué aprendiendo que la vivencia de su cuerpo podía ser debilitada o “eliminada” si se forzaba a sí misma a endurecerse. Entonces las excitaciones disminuían. *La paciente había sentido estas excitaciones como algo abrumador y más allá de su control.* Luego aprendió a dominarlas, pero todavía las sentía alrededor suyo. El retorno de las fuerzas abrumadoras se anunciaba por lo general por una intensa sensación en la parte superior del abdomen. A veces sólo esta influencia subsistía; en otras ocasiones, las fuerzas regresaban con la plenitud de su poder. Ahora la paciente comprendía con perfecta claridad que las abrumadoras fuerzas de su temprana infancia y las posteriores “fuerzas malignas” del “más allá”, eran la misma cosa.

Yo tenía la impresión de que a pesar de estas percepciones, quedaba en la mentalidad de la paciente cierta duda en cuanto al verdadero significado de estas fuerzas.

La enferma continuaba mejorando notablemente. La mirada aparecía más clara, pero de tiempo en tiempo volvía a sentir la presión en los ojos. Lo explicó seriamente: “Pero [la presión] está DETRÁS de los ojos, no en ellos...” Lo único que pude hacer fué confirmar esta afirmación.

Cuatro meses después, volvió a sufrir un ataque catatónico, pero lo superó. Sugerí una irradiación diaria de la región de la *sella turcica* con energía orgónica.

Volví a ver a la paciente en enero de 1947. Leía mucho, tenía buen apetito. Había tenido relaciones sexuales con gran placer, pero sin orgasmo final. En noviembre del mismo año, volvió a pedir mi consejo: la descarga orgástica durante la relación sexual no se producía todavía adecuadamente. Pero la paciente trabajaba bien y se sentía bien en líneas generales.

Le aconsejé no volver a ver a ningún médico, ni siquiera a mí, y tratar de olvidar toda la tragedia de su vida. Me solicitó seguir la terapia conmigo, pero yo sentía que ella debía llegar a ser totalmente independiente, y le aconsejé aprender a caminar sin muletas, con sus propios pies.

El 4 de agosto de 1948 recibí la siguiente carta:

Le escribo para decirle cuánto me impresionó su libro *Listen, Little Man!* No puedo decir que gocé con el libro, pues las cosas de que usted describe son tristemente ciertas y siento que todo eso se me aplica perfectamente.

Quiero que sepa que el antagonismo e incluso el odio que demostré durante la terapia contra usted y contra su trabajo, surgía de mi conocimiento (a veces incluso consciente) de que me aproximaba demasiado a la irrupción de mi cuerpo a los sentimientos y quizás al amor. Esto era algo que yo no podía permitir — toda mi vida había controlado severamente el cuerpo y hasta lo había condenado conscientemente a la extinción — tratándolo como cosa sucia, odiándolo, descuidándolo y torturándome como castigo a mis sentimientos infantiles y a la masturbación. Este mismo odio contra mi cuerpo era el odio que proyecté sobre usted. Perdóneme por ello, Doctor, este odio me ha perjudicado sobremanera, en el cuerpo y en la mente. Quisiera decirle que a pesar de mi “malignidad y mezquindad”, su trabajo me hizo un bien enorme. Tengo conciencia del daño que me inflijo a mí misma y que inflijo a los demás, y por qué hago estas cosas. También me descubro pensando y sintiendo que mi cuerpo quiere ser sano y que mi retirada a la “torre de marfil” de la enfermedad mental sólo cambiaba el color del cuadro, mas no el cuadro mismo. Podría hacerme mentalmente enferma para ser algo “especial”, para estar segura de mantener mi cuerpo en el último plano, pero poco a poco descubro que un cuerpo sano y “activo” significa más placer — tanto física como mentalmente.

Por lo tanto, creo que usted verá que estoy llegando a esa situación, aunque con lentitud, gracias a su ayuda. El proceso es lento pues todavía conservo un gran número de tensiones y a veces bloqueos respecto a los cuales al parecer nada puedo hacer. A menudo mi pequeño valor me falla y entonces vuelve el sombrío cuadro de odio, delirios y sufrimiento; pero no vuelve en forma permanente. Gracias por todo y ruego a Dios poder tener valor. — F.

Hacia fines de 1948 me informaron que la paciente estaba en buen estado, con excepción de una carta suya donde me decía cuán “podrida” se sentía “en el centro” y cuán “indigna de vivir en este hermoso mundo”. Le aconsejé dejar de preocuparse por eso y continuar gozando la vida. No había vuelto a mencionar las “fuerzas”.

Pocas semanas después, me visitó. Su coordinación parecía perfecta, sus ojos brillaban de inteligencia y de penetrante conocimiento. Trabajaba bien e incluso estudiaba mucho. Sin embargo, su vida amorosa genital no estaba en orden. No tenía un amigo. Había conocido un hombre que le resultaba agradable. Una noche, estando solos, la paciente supo que algo sucedería, que él se acostaría con ella. Tenía consigo algunas pastillas somníferas. Echó algunas en el vaso de vino del muchacho y éste se durmió. Le aconsejé eliminar el último obstáculo con ayuda de alguno de nuestros orgonterapeutas psiquiatras.

Siete años han transcurrido desde el final del experimento terapéutico, período suficientemente prolongado para permitir un juicio sano del resultado obtenido, mas no lo suficiente para dar una respuesta final en cuanto a que tales pacientes *seguirán siendo cuerdos*. Esto dependerá de muchas condiciones fuera del alcance de la orgonterapia individual, condiciones esencialmente de *indole social*.

Se trata en esencia de saber si el *homo normalis* modificará básicamente su manera de vivir y de pensar, cuestión a la cual espera una respuesta muy incierta. La dilucidación del hecho de que la forma de vida del *homo normalis* crea el derrumbe esquizofrénico en millones de

recién nacidos sanos, será —si se la considera con seriedad y se la lleva a la práctica— parte de esta respuesta de importancia fundamental. Es evidente que ya desde hace algún tiempo, y con justicia, el *homo normalis* está siendo sometido a un acentuado escrutinio en cuanto a la cordura y racionalidad de sus formas de ser. En estas experiencias con esquizofrénicos individuales, podemos aprender lo que el *homo normalis* hace a millones de recién nacidos. Prevenir la enfermedad “esquizofrenia” significa modificar radicalmente todo el sistema de educación de los niños, y no sólo corregir al esquizofrénico. Esto último será siempre una respuesta individual, inútil como intento social.

Afirmar esto no significa que debemos dejar de estudiar la mentalidad esquizofrénica. Esta mentalidad tiene mucho que decirnos sobre el funcionamiento humano, sobre los problemas de la percepción y la autopercepción, sobre la función del consciente, mucho menos comprendida que la del inconsciente. Tiene mucho que decirnos sobre cómo ayudar a los seres humanos que se hallan al comienzo de un derrumbe. Pero en ésta como en otras tareas similares de la medicina y la psiquiatría, la cuestión principal la constituirá el mundo del *homo normalis*, mientras éste atesore ideas y leyes antiguas, las cuales hacen un daño incalculable al núcleo biológico de todo niño de cada nueva generación.

En este proceso de vencer la plaga emocional, encontraremos al *homo normalis* en su peor aspecto, bajo la forma del místico virtuoso y del animal humano mecanicista que huyen de sí mismos exactamente por las mismas razones que forzaron a nuestra paciente al derrumbe cata-tónico: *el horror a las corrientes plasmáticas en un organismo* que ha llegado a ser incapaz de enfrentar las intensas emociones bioenergéticas y ha perdido la función natural de la autorregulación. Todos los ataques dirigidos contra nuestro trabajo científico durante los últimos veinticinco años, han provenido de individuos de ese tipo, de diversas organizaciones y cuerpos sociales. El *homo normalis* ha combatido la biofísica orgónica por la misma razón que le impulsó a quemar brujas por millares, la misma que le hace aplicar “shocks” a los pacientes por millones: *el horror a las fuerzas de la vida en el animal humano, que él es incapaz de sentir en sí mismo*. Si no reunimos el valor suficiente para mantener esta visión total, fracasaremos como psiquiatras, como médicos y como educadores.

Por primera vez en la historia de la medicina, la plaga emocional, construida y mantenida sobre el temor a las sensaciones orgánicas, ha encontrado su oponente médico. Esta es nuestra gran obligación: CAPACITAR AL ANIMAL HUMANO PARA QUE ACEPTÉ LA NATURALEZA QUE EXISTE DENTRO DE ÉL, PARA QUE DEJE DE ESCAPAR DE ELLA Y GOCE LO QUE AHORA TANTO TEME.

ESTE LIBRO SE TERMINO DE
IMPRIMIR EL 2 DE ABRIL DE
1957, EN MACAGNO, LANDA Y Cía.
ARAOZ 162, Bs. As., ARGENTINA