

LA VEGETOTERAPIA CARACTEROANA- LITICA DE LA DEPRESION

Xavier Serrano Hortelano

LA O. M. S., a partir de unos estudios realizados en 1978, comunicaba que cerca del 10% de las consultas médicas generales no psiquiátricas, son debidas siempre a una problemática depresiva. Teniendo en cuenta, como dice también el informe de la O. M. S. que el 98% de los casos en los que se supone que hay una vinculación a la problemática depresiva no llega a la consulta, esta es una cifra suficientemente significativa para que la depresión sea un tema de interés a nivel médico general, y no sólo ya psiquiátrico o psicopatológico. (M. García, 1986.)

Para profundizar en el tema dividiré esta disertación en tres puntos principales, a saber:

Psicólogo clínico, Orgonoterapeuta y Director de la Escuela Española de Terapia Reichiana (Sección Nacional de la S. E. Or.).

A) Definición de la Depresión.

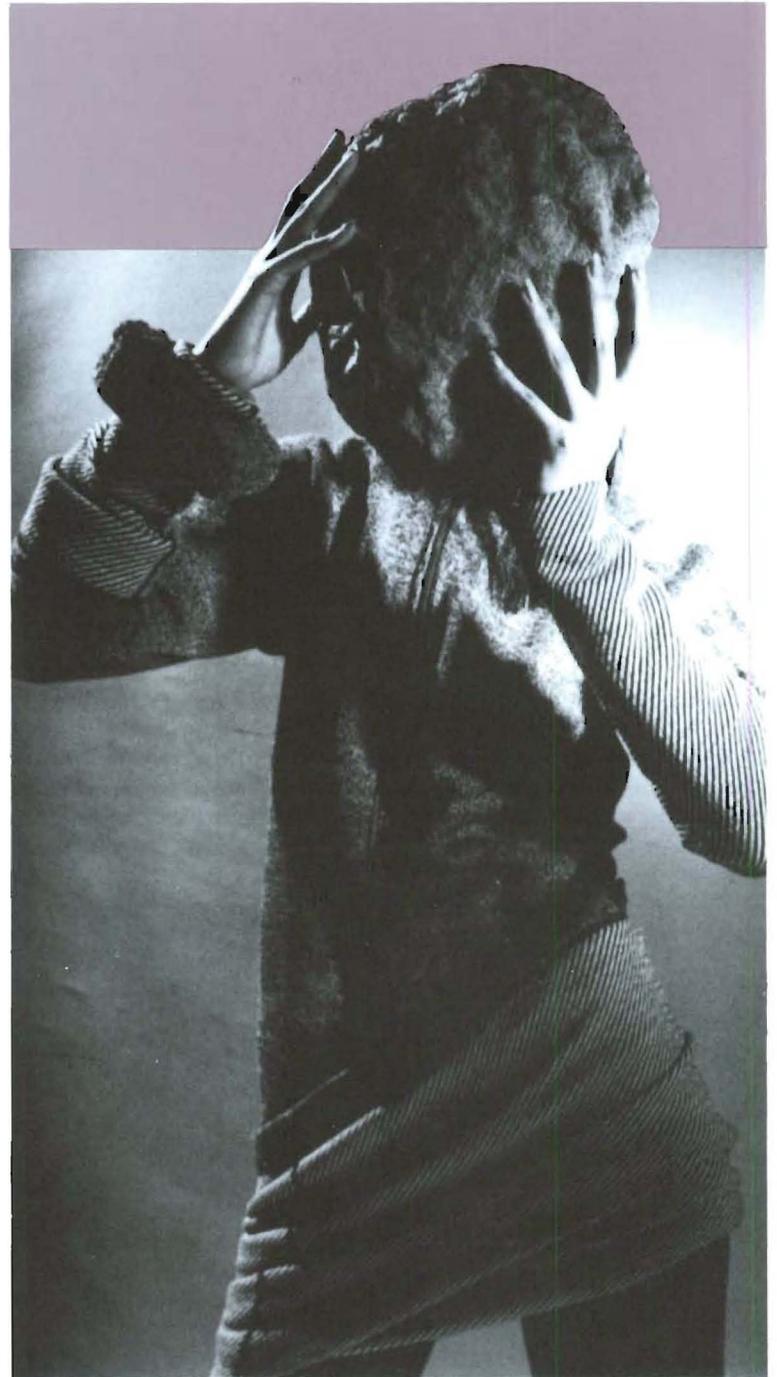
B) Funcionalidad de los estados depresivos.

C) Perspectivas terapéuticas de la vegetoterapia en los estados depresivos.

A) LA DEPRESION. DEFINICION

¿Qué es la depresión? He tomado como referencia inicial dos autores junto a W. Reich.

El primero de ellos, Widlocher, por su actualización en Francia y aquí en España, al publicarse hace poco su libro «Las lógicas de la depresión» (1986). El autor, Psicoanalista-Psiquiatra de la Universidad de París, plantea el libro bajo la perspectiva de la investigación de la depresión desde el punto de vista de «Síndrome»: «El Síndrome depresivo se caracteriza por dos elementos fundamentales: Tristeza y lentitud psicomotriz, uno tiene que ir ligado automáticamente al otro». Los síntomas concretos que englobaría —en cuanto



que Síndrome es la clasificación genérica de un montón de síntomas—, serían la apatía, el aburrimiento, la melancolía, la nostalgia del pasado, la negación del presente, el pesimismo en el futuro, la lentitud en los movimientos, pobreza en los gestos, poca comunicación y respuestas breves, y acompaña-

do todo esto de trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, tipo anorexia, abulimia, trastornos neurovegetativos y manifestaciones físicas de angustia. (Widlocher, 1986).

La clasificación de este autor hablando del Síndrome Depresivo engloba toda una serie de síntomas que se dan también en

otros Síndromes, pero insistiendo en la particularidad de la existencia de dos elementos comunes para que se dé la Depresión, «la tristeza y la lentitud psicomotriz».

El segundo autor es A. Lowen, terapeuta que creó el «análisis bioenergético» y autor del libro «La Depresión y el cuerpo» (1982) que aporta el punto de vista mantenido en las terapias corporales (en la cual no nos incluimos, aunque parezca paradójico) hablando de la depresión, como del estado de inmovilización personal y de pérdida de energía, perdiendo la fe en uno mismo, el sentirse impotente y cerrado emotivamente. Existiendo siempre como base histórica la pérdida del amor de la madre. (Lowen, 1982).

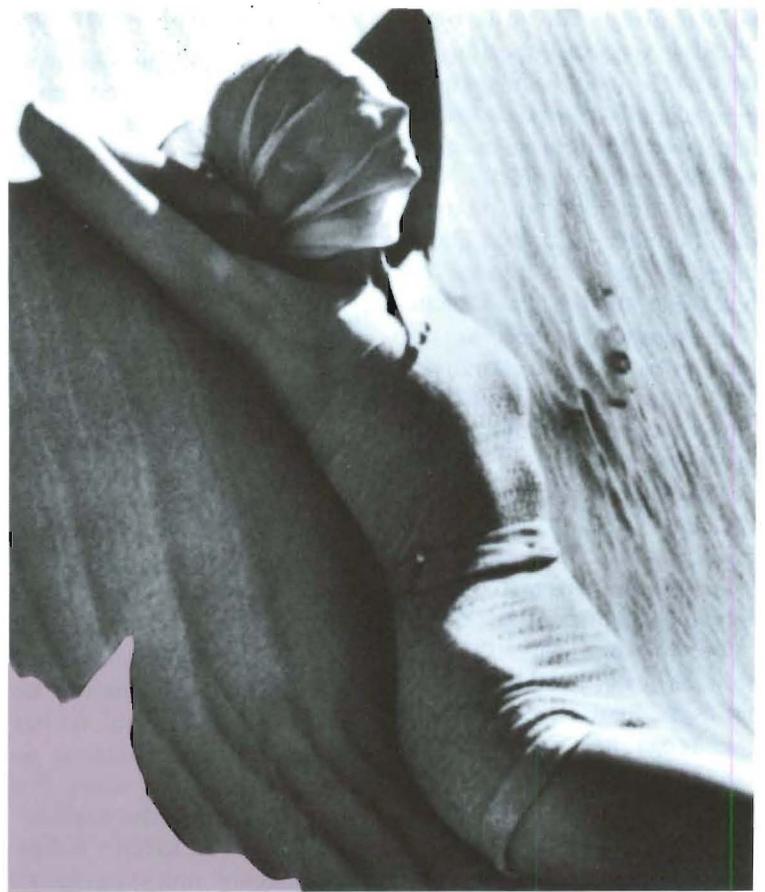
W. Reich, en sus textos hace referencias muy breves a la Depresión, pero utiliza otros términos sinónimos de ésta en cuanto que la terminología «depresión» en psiquiatría, también ha sido utilizada más actualmente al adjudicar a este término toda una serie de síntomas. Interpretando a Reich, entendería la Depresión como un estado personal consecuencia de la suma de varios factores entre los que estaría la falta de motilidad vegetativa, bloqueo emocional —esto se corresponde un poco con la idea de Lowen (Lowen estudió un tiempo con Reich)— pero que responde a lógicas funcionales diversas dependiendo de la estructura de carácter del sujeto. En este último punto estaría la diferencia con Lowen, con Widlocher y en general con la visión de la psicopatología. Concretamente, en base a la estructura de carácter que tiene el sujeto, el estado depresivo va a tener una lógica funcional diferente, una etiología diferente y unas características de actuación distintas y es esta hipótesis la que voy a desarrollar a continuación.

Fundamentalmente, en los textos de Reich se puede observar una diferencia básica entre la depresión en las estructuras de carácter y depresión biopática. Esta última en cuanto a concepto que Reich (1948-a)

define como resignación caracterial no visible a simple vista, es decir, una situación de resignación de base existencial que no tiene por qué manifestarse hacia el exterior. Puede tratarse de personas hiperactivas, optimistas aparentemente, pero con una base «resignada depresiva». Reich expuso este concepto en su libro «La Biopatía del Cáncer» (1948-a). En él se expone cómo la resignación es una de las claves para entender el desarrollo de las biopatías.

Esta introducción me sirve como punto de referencia para aclarar ciertos conceptos que son importantes para sentar una definición de la depresión. Empecemos por el término «tristeza». La *tristeza* no tiene por qué ser sinónimo de depresión, la *tristeza* es una emoción. Una emoción que puede producirse por factores actuales, y por lo tanto una emoción real. Utilizo el término real refiriéndome a la respuesta que tiene una lógica actual y por tanto es una respuesta sana. Sana, dentro de una lógica funcional Reichiana, es decir, una respuesta natural del organismo ante unos estímulos del medio nocivos o negativos. Así, por ejemplo, una imposibilidad de comunicación satisfactoria, un momento de soledad, una situación de decepción con respecto a una persona, con respecto a un grupo de un equipo de trabajo, con respecto a un compañero/a, problemas laborales, etc., pueden perfectamente generar un estado de *tristeza*, visto como elemento emotivo. Emoción en el sentido de expresión de una dolencia. La emoción siempre va ligada al movimiento, y el sujeto puede estar triste, pero a fin de cuentas hay una vitalidad, hay un movimiento, porque esa persona, si se dejara llevar por el sentimiento aparecería el llanto al momento aflitivo.

Los fenomenólogos alemanes analizan la depresión vinculada a este estado de *tristeza*, algo, por otra parte, para ellos normal en esta sociedad. Todos tendríamos pues un cierto grado de depresión (*tristeza*) (Carballo, 84). Yo veo una gran diferencia entre ambos



conceptos, como intento demostrar, y si bien la *tristeza* debe darse en muchos momentos de nuestra vida cotidiana en relación a las carencias del medio que nos rodea, el estado depresivo supone ya, una alteración yoica importante, no natural (1).

Otro concepto importante es el «duelo», término sobre el que en 1915 Freud escribió un artículo denominado «Duelo y Melancolía» (2). En este artículo Freud definió el duelo como el proceso de desinvestimiento libidinal del objeto amoroso; es decir, el tiempo que el sujeto tarda en desvestirse al objeto de la carga libidinal, de la situación comunicativa afectiva amorosa que desarrolló con él ante la pérdida de éste (Freud, 1915). Podríamos definir el duelo actualmente, siguiendo esta perspectiva, como el estado psicofísico también real, que se puede dar ante una situación actual, como consecuencia de la pérdida del ser amado o de una situación vital. El tiempo de duelo es un tiempo que hay que vivir, consecuencia real de algo valioso que ha desaparecido y responde a

una lógica natural. El no ser vivido está reflejando una sintomatología.

Otro concepto que hay que distinguir de la Depresión sería el estado de «abatimiento y fatiga». Este puede producirse por mil motivos: una situación de stress excesivo, por factores de mediación, por preocupaciones económicas, por un exceso de trabajo, etc., que pueden crear aparentemente un estado depresivo, que no es tal, sino que es simplemente una consecuencia, basada en una situación de confusión, de obnubilación, de malestar, fruto de una situación de stress que a fin de cuentas también conlleva una transformación bioquímica que puede generar elementos similares a las transformaciones que se observan en estados depresivos, pero siendo dinámicamente diferente. Todos estos conceptos pueden responder a elementos actuales, mientras que el estado depresivo, si bien va a estar siempre influido por el momento actual —no podemos olvidar que Reich insiste siempre en que las circunstancias económicas, amorosas sexuales que vive el

sujeto nunca hay que olvidarla— y puede jugar un papel más o menos importante dependiendo del tipo de estado depresivo, *siempre* va a existir un componente histórico dentro de la dinámica etiológica de dicho estado, en cuanto que la depresión es, o bien una respuesta de un carácter estructurado en base a una reacción debida a una insatisfacción oral o una inaccesibilidad edípica como veremos después, o bien la consecuencia de un proceso de falta de estructuración caracterial por una carencia de base, por una falta de objeto sexual primitivo en el sentido Reichiano del término.

Por lo tanto, parto de la visión de que el estado depresivo no es un Síndrome, en cuanto que tenga una independencia etiológica, una nosología propia y una serie de síntomas clasificativos específicos como afirma Widlocher; ni es algo dialéctico que tenga que estar siempre históricamente condicionado por la carencia o insatisfacción materna, como afirman autores como Lowen, Abraham (1924) que centra la génesis (Carballo, 1984) que confirma la tesis de Bowlby de que la depresión es consecuencia de la pérdida del objeto amado (madre o padre según la edad) pero sin valorar el desarrollo posterior y la situación actual del paciente.

Esto significa que, desligando del concepto de depresión los términos ya aclarados, determinados estados depresivos similares pueden esconder una lógica funcional muy diferente en sujetos distintos con una estructura de carácter defensiva diferente, como veremos a continuación y tal como nos muestran incipientemente autores como Reich, Baker, Navarro y como mi propia experiencia clínica dentro de la vegetoterapia me ha confirmado.

B) FUNCIONALIDAD DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

Voy a distinguir concretamente tres estados fundamen-

tales. Por una parte tendremos:

1. **El estado depresivo neurótico.** Partiendo del concepto de Reich (1930), la **neurosis caracterial**, la estructuración de los elementos defensivos que han servido al sujeto a lo largo de su proceso histórico para desarrollar una conducta que le permite ir haciendo frente a un medio no satisfactorio. Viendo, por tanto, el carácter como totalidad y como totalidad defensiva. Hablaríamos del estado depresivo neurótico como de un estado de tipo reactivo visible. Es decir, los síntomas depresivos en este caso se observan, pero precisamente por la observación de los mismos podemos concluir que es un estado a-emocional, donde no hay una expresión vital, no hay una emoción determinante, no hay tristeza ni rabia reales. Y sí una falta de motilidad vegetativa, como decía Reich y fundamentalmente, una sensación de vacío.

Se observa cómo es un estado en el que no hay una emoción específica, sino una sensación de —como me decía un paciente: «estoy muerto»— no sentir nada, de funcionar pero sin ningún tipo de vinculación con el deseo y por tanto con una sensación de nulidad. ¿A qué se debe ese estado?; fundamentalmente a una fuerte tensión muscular, fundamentalmente en la zona diafragmática, que impide, por una parte, el que la pulsación energética del biosistema —la pulsación celular que Reich (1948-a) ya definió históricamente y por tanto no vamos a entrar en ello— no llegue a la piel, sino que se mantiene en la musculatura, con lo cual la posibilidad de percepción, de sentir el cuerpo, de sentir el deseo es mucho menor (3); prácticamente se podría hablar de la sensación de estar muerto, de no sentir nada. Debido por tanto a esta disminución de la pulsación se observa que existe un campo energético reducido pero con una fuerte carga energética superficial a nivel muscular. Una estructura neurótica tiene un funcionamiento pulsátil, pero al no permitirse la po-

sibilidad de sentir por un proceso reactivo —es decir, porque hay una circunstancia específica en la vida de ese sujeto o un elemento actual específico que le ha hecho revivir un conflicto histórico infantil— el sujeto se bloquea muscularmente y la tensión muscular disminuye el nivel perceptivo y por tanto disminuye su capacidad de sentir, creándose una sensación de nulidad existencial. Todo esto va acompañado de lo que nosotros definimos como pérdida de contacto, es decir, de la imposibilidad de conectar con el proceso interno emocional. Por tanto este estado depresivo cumple una función fundamental defensiva, *¿de qué se defiende el sujeto?*

Por citar algunos ejemplos, vemos que en el caso de la *estructura neurótica de tipo masoquista* (Reich, 1932) desarrolla perfectamente el papel de víctima sádica, aunque parezca paradójico. Dos autores, Kleins y Avis (Carballo, 1984) definieron este tipo de actuación como disforia-histeroide. Para mí, mal definido, porque no es una cuestión histeroide sino básicamente masoquista, pues es la típica persona que está mal y que se encuentra deprimida cuando está con alguien. Su queja es: «estoy horrible», «no sé lo que me pasa», «no te quiero», «no quiero a nadie» y entonces automáticamente el otro se siente totalmente compungido y piensa que hay que hacer algo, desarrollando la seducción indirecta masoquista. Por eso hablo de víctima sádica, porque en el fondo es una actitud sádica, asumiendo un papel de víctima. Esta sería la función del estado depresivo en este caso.

En el *fálico narcisista*, F. Navarro (1983) apunta que en esa estructura neurótica el estado depresivo viene favorecido por el bloqueo cervical, reactivo de la insatisfacción oral y el bloqueo diafragmático. Fundamentalmente, a nivel dinámico, sería la consecuencia de tener que superar a la madre, de tener que superar su autoridad y sentirse necesitado para ello de bloquear el cuello y el diafragma, en una postura fálica

narcisista típica descrita por Reich, para no caer, para inhibir la emoción que se desarrolla en base a esta ambivalencia y la necesidad de superar la insatisfacción por medio de «levantar la cabeza», de adoptar una situación de superioridad con respecto a la figura materna. Como se puede observar, el estado depresivo tiene una función diferente en el caso del fálico narcisista. Se suele manifestar cuando vive un conflicto con el objeto amoroso actual y para no vivir esa reminiscencia de una situación infantil, para no actualizarla aumenta su tensión en el cuello y en el diafragma, produciendo un estado que impide el umbral perceptivo necesario para poder conectar con la emoción conflictual.

En el caso del *carácter histórico* el estado depresivo cumpliría otra función, condicionada por la tensión diafragma-pelvis que le impediría abandonarse al placer y al orgasmo por la culpabilidad incestuosa y por la imposibilidad de acceder al objeto edípico. Teniendo siempre en cuenta la insatisfacción oral de base de toda histeria que le hace buscar éste con más ansia; reactivamente y para *no conectar con este conflicto* se produciría el estado depresivo. «Se crea un conflicto entre la tendencia a satisfacer los deseos incestuosos infantiles inconscientes (seducción, erotización, apasionamiento, excitabilidad, dramatización...) y la tendencia opuesta a evitar su realización (rechazo del coito, asco del órgano sexual opuesto, idealización antisexual del amor y de la pareja amorosa, manipulación controladora del otro y propensión a abandonarle si responde sexualmente, etc.» (S. Mascarell, 1980).

También vendrá facilitada por una crisis amorosa sexual, por una frustración ligada fundamentalmente al objeto sexual, por una constante imposibilidad de desarrollar la seducción hacia el hombre, etcétera que activaría esta situación histórica, fundamentalmente de tipo incestuoso. Estaría de acuerdo con L. Guzmán (1980) al afirmar: «La depresión en estos casos es astutamente exhi-

bida a la mirada del objeto... y se acompaña de una gran necesidad de dormir».

Por tanto, podemos decir que los estados depresivos neuróticos son agudizados siempre por elementos actuales que al debilitar el funcionamiento neurótico «homeostático» caracterial (el mecanismo que regula el funcionamiento normal del neurótico) general, la normalidad del neurótico se convierte en clínica del neurótico, precisamente, ya digo, influido por elementos actuales que pueden ser una situación de paro forzado sorpresivo, un desengaño amoroso, una situación de stress excesiva, una situación postoperatoria, los cambios hormonales que se producen en la mujer en la menstruación, en la menopausia, etc., pudiendo ir ligada a síntomas de angustia en algunos casos o no. Teniendo presente que en nuestra vida cotidiana «normalizada» vivimos situaciones maníacas y situaciones depresivas, ya digo, normalizadas. Todo el mundo tenemos momentos de mayor excitación, de comernos el mundo y momentos más bien de vacío, de sensación de nada, de absurdo, que se manifiestan por ejemplo con las típicas neurosis del domingo ya descritas por Ferenczi (1919). Así, hay gente que los domingos se siente fatal. Es el día que dejan su actividad, su rol y se sienten mal, y para los que las vacaciones son terribles. También se denota esto en la necesidad de tomar estimulantes constantemente como puede ser el tabaco, el café, el alcohol, debido a una mayor necesidad de absorción de un extra energético que el cuerpo neurótico normalizado necesita, en un sistema social como éste, en el cual mantenemos una situación de tensión muscular —la coraza, que Reich define como coraza muscular— y que para mantener esa tensión, ese estado de simpaticotonía, el cuerpo a su vez necesita un excedente energético, porque si no no podría mantenerse y se crearía una situación de Shock. Así es como aparecen los vicios socialmente bien vistos, como son los diversos estimulantes utilizados, re-

pito, para no caer en ese estado depresivo. Otro factor a tener en cuenta es que con la edad disminuye la posibilidad de desarrollar una estimulación con elementos viciados, y la pulsación del organismo se va debilitando con lo que el sistema defensivo va decayendo, siendo más propenso a los estados depresivos.

Pero esta misma apariencia depresiva puede darse dentro de una lógica totalmente diferente.

Cuando el sujeto tiene una *estructura psicótica*, normalizada o en situación clínica según el caso, con un yo débil sin estructuración suficiente, con un nivel de pulsación bioenergética muy débil y una hipoorgania (un nivel de energía nuclear bajo) como consecuencia de un bloqueo primitivo diafragmático ya a nivel intrauterino (G. Ferri, 1986), y un bloqueo principal ocular. Estos bloqueos imposibilitan en su momento la nutrición básica primitiva, lo que denomino oralidad primitiva intrauterina, que marcó una impronta ya de carencia y de falta de vitalidad y por lo tanto de depresión que podemos definir como crónica, aunque más o menos normalizada de acuerdo a los puntos de identificación referencial que el sujeto pudo desarrollar para mantener una normalidad que lo adapta al medio (Kernberg, 79). Sería lo que más se acercaría a una depresión endógena (aunque en esta etiqueta cabe todo), aunque puedan haber episodios temporales, de tipo maniaco incluso de tipo paranoico, o hebefrénico, fruto de momentos en los que la irritación cerebral producida por este bloqueo ocular descompensa la dinámica bioquímica neuronal y crea estados que podríamos denominar ya clínicos, descritos por la psicopatología. También se acercaría al concepto de depresión anaclítica de Spitz (1965) en cuanto que ya en su día fueron niños depresivos, niños que no jugaban y que incluso vivieron momentos de abandono primitivo importantes. Que Spitz describe en su forma externa clínica como marasmos infantiles, cre-

ciendo en un útero frío y con un nacimiento y primeros días de vida sin contacto ni calor con el objeto primario materno. No sólo ya con el pecho sino con la transmisión energética del mismo que le permitiera una mínima estructuración del primer segmento. De las funciones de maduración de éste y las funciones de integración hipotalámicas, con las consiguientes alteraciones bioquímicas que fueron estudiadas por Welch y Welch (Carballo, 84) los cuales observaron que la tasa de Serotonina, Dopamina y Norepinefrina, es mayor con animales criados en aislamiento que en los animales criados con la madre. Esto puede trasladarse aumentado y potenciado al animal humano, pues es el que más necesita el contacto epidérmico en los primeros meses de vida, como dice Portman sigue siendo feto hasta el décimo mes aproximadamente. Estas experiencias demostraron cómo en los animales criados en aislamiento aumentaba el desequilibrio en las transmisiones sinápticas, claves en el desarrollo de depresiones posteriores, con alteraciones bioquímicas que nadie discute. Lo que se pone en cuestión es, ¿por qué se producen esas alteraciones bioquímicas?

Lo importante con respecto a la etiología en este caso va a ser anotar que la base depresiva hipoanorgonótica se crea antes de que exista incluso una relación objetal diferenciada. La relajación objetal se define como la relación vincular entre el niño (incluso ya el organismo intrauterino, bajo la perspectiva Reichiana) y el objeto de amor, el objeto que puede satisfacer las necesidades vitales de ese organismo. La relación objetal diferenciada (Spitz, 1965) empieza a desarrollarse a partir aproximadamente del tercer mes de vida. En este caso la relación carencial se produce incluso antes de existir esta posibilidad de diferenciación objetal con lo cual la llamada ambivalencia oral descrita ya por Abraham (1914) y típica desde el punto de vista de las situaciones depresivas melancólicas, no se produciría porque la situa-

ción de carencia se produce a nivel bioenergético previa a la diferenciación objetal. Es un estado de base hipoorganótica y por lo tanto se está hablando de una situación depresiva a nivel energético, incluso con una imposibilidad de sentirse como integridad y de desarrollar un esquema corporal real. Este estado se puede «normalizar» con modelos de identificación externos en base a la relación que se lleva posteriormente con la madre, con el padre, con los padres adoptivos, la figura adoptiva, etc., como respuesta mimética adaptativa, pero la actitud depresiva subsiste y junto a ella la impronta de resignación carencial descrita por Reich (1948).

Así, en este caso no existiría la ambivalencia oral, pero sí una fuerte destructividad general inhibida, no por una tensión muscular sino porque no hay suficiente capacidad energética para desarrollar la expresión de esa destructividad, a no ser en momentos puntuales donde en el sujeto, fruto de una irritación cerebral excesiva, consecuencia del bloqueo ocular (tensión occipital basilar), se producen situaciones maníacas, paranoicas, etc., con la consiguiente depresión posterior. El extremo psicopatológico de esta visión del estado depresivo del psicótico sería el estupor catatónico.

Quizá el estado depresivo más polémico y particular, acabando este segundo punto en que he descrito el estado depresivo en la neurosis y el estado depresivo en la psicosis, es el que se produce en una **estructura Borderline** (3), carácter fronterizo, concretamente en el caso de una **copertura neurótica fálico-narcisista con un núcleo psicótico**, donde existiría la ambivalencia oral y una defensa narcisista, la depresión. Son personas que han vivido una mínima satisfacción oral, pero han tenido una relación objetal, mientras que como decíamos en el caso de los psicóticos el problema comenzó antes de que se diera una relación de objeto. Habiendo existido destete prematuro y, o, elementos particulares con respecto a su

relación con el pecho-biberón. Con lo cual su base carencial es fuerte, pero en su evolución posterior han existido buenos modelos de identificación y han podido seguir un proceso de adaptación en base a una relación objetal posterior que le ha permitido acceder a una identidad-identificación materno-paterna, que en el caso de la cobertura fálico-narcisista va a estar mantenido por los blo-

rapia personas con esta estructura, durante el proceso terapéutico ha surgido la crisis depresiva cuando se ha desmontado toda esta estructura defensiva. Pero también se observa que si bien no es visible la sintomatología del estado depresivo, sí lo es en situaciones extremas la aparición de síntomas psico-somáticos. Carvallo (1984) le da el nombre de depresión premonitoria a este

estudios que confirman los de nuestra Escuela y mi propia práctica profesional en la que me he encontrado con casos con estas características, donde a partir de la aparición de la agudización de la crisis orgánica han surgido situaciones depresivas que no son consecuencia directa de su dolencia orgánica. Estos estudios de Carvallo y P. Martí coinciden con la descripción que hace F. Navarro (1984) de este tipo de personas, las cuales tendrían una incapacidad de verbalizar, que no es sinónimo de hablar. Verbalizar supone la posibilidad de conectar la palabra con la emoción en la expresión verbal. Martí, a esta imposibilidad la define como «desorganización progresiva patológica cuyo antecedente es la depresión esencial».

La cobertura fálica les permite una apariencia de hiperactividad, de optimismo, de capacidad organizativa. Suelen ser ejecutivos, médicos, representantes, etc., que esconden un fondo depresivo que no pueden permitirse vivir, pues les haría conectar con su debilidad dependiente y con su ambivalencia oral, descrita por Abraham (1924), cayendo en un estado depresivo psicótico, sin posibilidad de movimiento, ya que la imposibilidad de acceder al objeto materno en un momento de falta de estructuración Yoica, deja una herida carencial con el consiguiente *quantum* de angustia y rabia biológica que a su vez necesita ahogar el bebé en cuanto sigue necesitando al objeto frustrante. Pero si bien el proceso vendría determinado por esta defensa, esta pérdida de contacto con la base depresiva, yo no la defino como una **estructura depresiva**, en cuanto que hablar de estructura depresiva sería colocar la depresión como **causa** que provoca la pérdida de la función del orgasmo en la fase oral y por tanto el desequilibrio vegetativo; cuando en realidad es una consecuencia de la impotencia y de la imposibilidad de vivir la rabia oral por la ambivalencia objetual que impide la función del orgasmo oral y a

partir de lo cual se crea una base represiva anorgonótica.

A diferencia del psicótico, el objeto amoroso en la estructura Borderline, ha existido, pero muchas veces en estos casos —y esto es muy importante a nivel profiláctico— sin calor humano y con un comportamiento obsesivo por parte de la madre. El caso típico es el de las personas que afirman que su madre les dio muchos años de pecho. ¿Cómo podemos hablar, en una persona que ha recibido 2 ó 3 años el pecho, de una base depresiva? Recordemos que Reich (1948-1951) hablaba del pecho «Sexual», del contacto oral energético o del pecho asexual, desenergético. Posteriormente, **Tallaferro** (1976) describe experiencias de cómo hay muchos niños que rechazan el pecho de la madre, pero sin embargo toman la leche de ese pecho en cuchara. Beben la leche, pero sin embargo le acercan al pecho y lo rechazan. Ese sería el caso más extremo. Hay otros casos donde no se rechaza el pecho, pero en cuanto a los tres o cinco meses le dan un biberón, le dan comida, automáticamente, sin ningún problema abandona el pecho. Porque el pecho, energéticamente, a nivel sexual, no satisface sus necesidades. No hay un contacto energético-sexual, siendo una relación puramente nutritiva que al facilitarle el acceso a la comida ven ampliada esta función y abandonan el pecho de forma aparentemente «natural» y sin traumas. Pero lo cierto es que, en estos casos, la función del orgasmo oral no se desarrolla y el biosistema del bebé va viendo limitado su proceso de maduración al tener una base de ansia producida por la insatisfacción sexual oral que va a tener como primeras consecuencias un desajuste en el proceso de integración de funciones y en su capacidad de autorregulación, favoreciendo el desarrollo de la coraza caracteromuscular.

Por esto en el campo de la profilaxis hacemos hincapié en que una buena lactancia no se produce solamente por dar el pecho, sino porque la madre



queos óculo-cervical-diafragmático, que van a ocasionar una imposibilidad de sentirse, de conocer y —en términos de F. Navarro (1985)— de «ver» su propia depresión. Pero al haber una base carencial importante, hay una base depresiva. Esto es paradójico, pues esta persona no se queja de nada, es activa, dinámica, desarrolla mil actividades y mantiene una apariencia constante de jovialidad, alegría, etc. Pues bien, la experiencia clínica demuestra como con la Vegetote-

tipo de casos, y la escuela psicosomática francesa de P. Martí el de «personas con pensamiento operatorio». Como estos autores observan, estas personas con leves síntomas depresivos, llegan a la consulta y a los 4 ó 5 meses de tratamiento aparece una situación aguda de carácter «orgánico», como una úlcera de duodeno con perforación, lesión hemorrágica cerebral, infarto de miocardio, neoplasia de estómago, arterioesclerosis cerebral, o incluso una metástasis de cáncer. Estos

tenga una capacidad de vivir su relación con el lactante con amor, es decir, con sexualidad, y como consecuencia de ello unos pechos orgonóticamente cargados, capaces de producir un potencial energético al contactar con la boca cargada del lactante, desarrollando así la relación sexual oral. Si por el contrario la lactancia se realiza mecánicamente, sin emoción, en muchas ocasiones, es mejor remedio sustituirlo por el biberón, siempre que éste se dé con dulzura y contacto epidérmico (Baker, 1969).

Seguendo con el tema, el sujeto con una estructura borderline se caracteriza porque en la fase oral primaria o de desarrollo crítico biofísico (Reich, 1949) ha mantenido un contacto con el objeto oral (madre o sustituta), pero sin que se haya dado una relación total, tal y como hemos descrito anteriormente. O bien, porque a pesar de darse una buena relación inicial se produjo un destete brusco y violento y muy temprano, o porque habiendo recibido una lactancia natural mucho tiempo (incluso 2 ó 3 años), ésta ha sido mecánica, fría y con un matiz claramente sobreprotector y posesivo por parte de la madre. En ambos casos la pérdida de contacto y la carencia oral real se ha producido. Por ello, si bien no hablo de estructura depresiva, sí que existirá en estos casos una base oral, aunque no de tipo psicótico. Pues la pérdida de contacto se produce en la fase oral primaria (4) y no en la primitiva (5) (intrauterina-nacimiento). Y va a ser la apariencia de salud y de bienestar continuado e inalterable a todos los niveles lo que va a resultar sintomático en estos casos. Ya que, como decía anteriormente, dejar de esforzarse por «estar bien» supondría sentir la carencia oral y su estado depresivo de base.

Esta defensa narcisista llega a impedir que, por ejemplo, el sujeto en una situación de duelo por la muerte de un ser próximo pueda expresar su tristeza, su llanto, siendo incapaz de un verdadero contacto emocional.

Pero como ocurre con toda

situación defensiva, si bien se mantiene en base a una lógica homeostática —en este caso impedir la vivencia de su miedo neonatal (F. Navarro, 1984) produce un deterioro funcional que se determina en las alteraciones somatosicológicas (F. Navarro, X. Serrano) o biopatías secundarias (Navarro, 84).

Estas «depresiones orgánicas» pueden surgir de forma aguda a partir de un fuerte conflicto con el sujeto haya vivido con su pareja (abandono, deseos de separación...) que reactiva el conflicto objetual oral y acelera el proceso degenerativo celular perdiendo al mismo tiempo fuerza la defensa narcisista, ya que el punto de apoyo actual se resquebraja. Casos extremos de este tipo se observan en ciertos cánceres de estómago y en procesos de ulceración.

Para terminar con este punto, en el terreno caracterial hay que señalar la base de desconfianza y de destructividad que se esconde detrás de la cobertura afable y comunicativa. Siendo en el fondo una comunicación superficial y que nunca implica en ella su propia intimidad.

Con esta exposición he intentado reflejar en mi tesis de cómo hablar de depresión en abstracto no tiene sentido. Así, etiquetas como depresión endógena, neurosis depresiva, depresión somática, son parcializaciones adialécticas basadas en la manifestación sintomática visible, es decir, en lo que se observa, pero aislada de la realidad actual del sujeto y de sus condicionantes histórico-caracteriales, en base a cómo el sujeto ha vivido el desarrollo de la función del orgasmo. Es por esto que deberíamos hablar de estados depresivos en una estructura de carácter u otra, reflejo de una visión clínica funcional y dialéctica.

C) PERSPECTIVAS TERAPEUTICAS DE LA VEGETOTERAPIA RESPECTO A LOS ESTADOS DEPRESIVOS

La Vegetoterapia, funda-

mentalmente, al posibilitar el desbloqueo muscular metodológicamente, pone al sujeto en situación de poder tener una respuesta emocional real, y sobre todo de contactar con el sentido de su estado depresivo, partiendo de que el estado depresivo siempre es una consecuencia sintomática. El pasaje a la acción de dicha situación conflictiva canalizada adecuadamente por medio de la metodología terapéutica, permite la disolución de este estado y de esta situación de estancamiento. El proceso es complejo y va a venir mediatizado por una serie de factores básicos en la Vegetoterapia. El espacio terapéutico, el análisis caracterial, el trabajo con la transferencia, el contacto corporal por medio del masaje Reichiano, el trabajo del sujeto por medio de los «actings» o ejercicios neuromusculares que el terapeuta le indica realizar y la interacción verbal-emocional de dicho trabajo muscular. En el caso de la depresión, el tener en cuenta el diagnóstico diferencial del estado depresivo va a permitir que el desarrollo de la terapia sea diferente en un caso u otro, así, por ejemplo, **en el estado depresivo hipo-orgonótico ligado a la estructura psicótica**, favorecer la vinculación entre el terapeuta y el sujeto, el contacto corporal, el trabajo con la respiración y el desbloqueo del primer segmento para cargar el núcleo del biosistema del psicótico y aumentar la pulsación, serán los elementos fundamentales. El psicótico irá teniendo cauces por medio de la Vegetoterapia para expresar su necesidad, su destructividad y su miedo y empezará a tomar cuerpo la expresión —y por tanto la vitalidad— como medio para desarrollar la estructuración del «yo».

En el estado depresivo de la estructura neurótica nos centraremos más en analizar el transfer negativo puesto que a diferencia del psicótico aquí ya hay una transferencia inicial de tipo negativo latente. Exigiendo una alianza terapéutica que permita el trabajo activo para poder desmontar la negación depresiva que facilite la vincu-

lación objetual emocional y la aparición de la rabia y del deseo reprimido de tipo incestuoso, al conectar el análisis de las resistencias con el desbloqueo de los distintos segmentos con una dinámica cefalo caudal.

En la estructura Borderline con cobertura fálico-narcisista emplearé desde el principio el análisis de la defensa narcisista que le impide dudar de sí mismo, dudar de la posibilidad de que lo que él piensa o hace está mal. La competitividad con el terapeuta será constante y analizable continuamente. Será a partir de esto, junto con el trabajo muscular centrado en los dos primeros segmentos, ojos y boca, como el sujeto entrará en crisis y conectará con su fondo depresivo carencial, fruto de esa ambivalencia oral, o abandonará la terapia en unas pocas sesiones como medida reactiva-defensiva, pues como dice F. Navarro (1984 b): «El tono emotivo de tales sujetos es la depresión, existiendo una fuerte resistencia a la terapia, porque en el momento que el sujeto borderline renuncia a las necesidades primarias se está prácticamente muerto y quien está muerto no tiene necesidades... Existe una fuerte actitud de desafío narcisista, idealización y envidia».

En ocasiones, cuando el estado es muy agudo, podemos combinar la Vegetoterapia con fármacos antidepresivos, aunque de manera muy puntual y preferiblemente aconsejo la acupuntura, homeopatía y la biontía, pero con una coordinación basada en una visión funcional común para poner a disposición del paciente la técnica, no como forma de paliar el síntoma, sino como medidas globales que faciliten la transformación de la lógica defensiva que mantiene los estados depresivos. Con la forma de contacto con la situación emocional y conflictual de la que se está defendiendo por medio del estado depresivo y la expresión emocional de dicho conflicto con la consiguiente integración verbal, mediatizada por la relación transferencial terapéutica, dentro de un proceso temporal

respetando el ritmo de cada persona, se podrá ver facultada la mayor capacidad de placer del sujeto con la recuperación progresiva de la llamada función del orgasmo, existiendo la cual no hay posibilidad de depresión. Porque hay expansión energética, hay mejor circulación energética pulsátil y por lo tanto hay mayor vitalidad. Pero sí que habrán siempre momentos «reales» de tristeza, de abatimiento, de fatiga, de impotencia y amargura, pero no de depresión. Pues éstas son respuestas saludables ante el elemento social real (6). Pero cuando estas situaciones emocionales llegan a un punto que inmovilizan la dinámica personal del sujeto e impiden así la actividad y la consecución del objeto sexual y desarrollo de las pulsiones sexuales, en ese momento significa que la agresividad se ha reducido, que estamos ante un bloqueo emocional y por lo tanto ante un estado depresivo.

Widlocher hemos visto que dice que una de las características de la depresión es la lentitud psicomotriz en el sentido general del término; la imposibilidad de pasar a la acción. Esto puede deberse a una situación depresiva reactiva o a una crisis carencial, pero es diferente siempre a la posibilidad de sentir una situación de aflicción, de tristeza de duelo por motivos reales familiares, sociales... pero que no nos impide llevar adelante y desarrollar nuestra vida, nuestros objetivos, etc.

Es precisamente en el trabajo con la Vegetoterapia como se observa directamente los distintos estados depresivos a lo largo del trabajo terapéutico. Aunque una persona no venga con depresión, no venga con síntomas depresivos, a lo largo de la terapia el sujeto vive crisis depresivas.

Así, en el trabajo con el segmento oral, el sujeto vive una situación depresiva precisamente para no contactar y vivir la ambivalencia oral en algunos casos, la carencia oral en otros y la rabia oral sin más en el resto. En el trabajo con el segmento cervical aparecerá la llamada

depresión narcisista en cuanto que el sujeto se viene abajo (como decía una paciente: «me he caído del caballo»). Cae de las alturas y baja automáticamente a tierra cuando el montaje de superman, de súper-mujer, súper-hombre, empieza a desmontarse porque, sencillamente, con el trabajo terapéutico conecta con su fondo de debilidad, con su fondo de necesidad y con su defensa narcisista propiamente dicha y como intento de evitación, la situación depresiva. Con el trabajo con el segmento diafragmático, la aparición de la compulsión de repetición y la defensiva-resistencia de no abandonar al placer —lo que Reich (1948) definió como angustia del placer y angustia del orgasmo— coloca al sujeto en una situación depresiva, que está ligada precisamente a dicha situación reactiva de tipo masoquista vinculada con el trabajo con el diafragma. La depresión que se produce en el trabajo que desarrollamos con la Vegetoterapia al llegar a la pelvis, el séptimo nivel, se debe a que el paciente no quiere contactar con la inaccesibilidad del objeto incestuoso, del objeto edípico, la imposibilidad del incesto y por lo tanto la limitación personal, la sensación de castración que se ha vivido en base a la relación objetual edípica y todo ello, todo ese conflicto mantiene al sujeto en una crisis importante de tipo depresivo durante un tiempo.

Estados que pasan, en cuanto que el sujeto, con el trabajo de la Vegetoterapia sigue adelante desarrollando el conflicto, dejando aparecer la rabia y el deseo ambivalente que se produce respecto al objeto oral o edípico, fundamentalmente con la figura del terapeuta, hasta poner al sujeto en condiciones de crecimiento personal y autonomía yoica suficientes como para no tener una dependencia del objeto oral o incestuoso, o para no tener una carencia de base que le permita vivir con el otro en un estado ya de igualdad y no de dependencia.

Esto ocurrirá en la mayoría de los casos, siempre que se

cree una alianza terapéutica, como ya hemos dicho antes, teniendo presente que a su vez es normal que en el proceso terapéutico aparezcan momentos depresivos, situaciones de crisis que permiten el pasaje a la acción emocional necesaria para desarrollar el proceso personal de estructuración yoica del que hablamos, con la metodología de la vegetoterapia en colaboración con el orgonoterapeuta adecuado.

Esta posibilidad de conocimiento directo y controlado de las «crisis emocionales» —y concretamente de los estados depresivos— de los pacientes que se analizan con la Vegetoterapia y que no se ahogan ni se suavizan, nos permite conocer objetivamente y en profundidad los procesos de la salud y de la patología en el ámbito clínico.

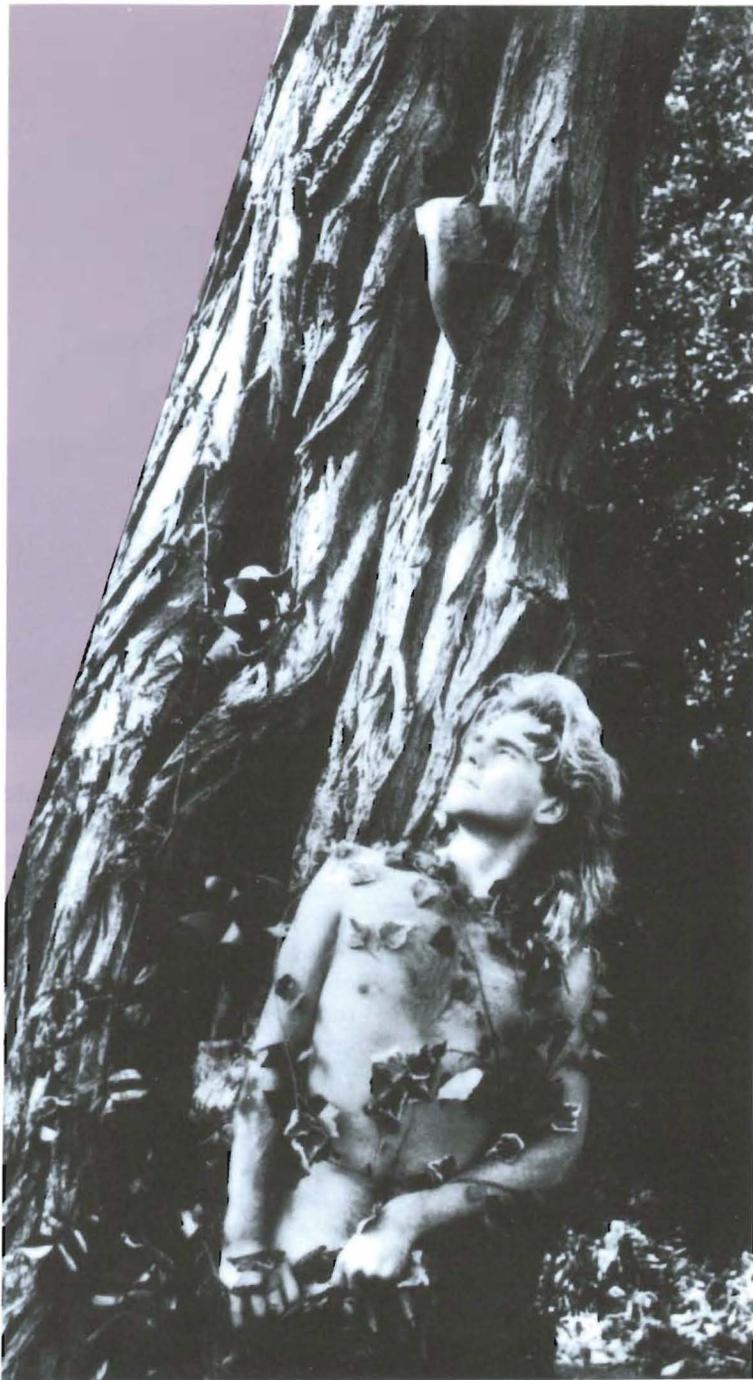
A continuación pasamos a exponer dos casos, que teniendo en común el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, mientras uno está ligado a una situación depresiva de base, otro se vincula con una estructura de tipo neurótico.

Para la Vegetoterapia caracterooanalítica, junto al síntoma hay que analizar la estructura de carácter de quien desarrolla el síntoma, no haciendo una clasificación nosológica de tipo siquiátrico basado en el síntoma sino en base a la suma de rasgos de carácter y a la estructura biofísica general.

Caso 1 *Anorexia nerviosa en una estructura de carácter neurótica. Concretamente, una estructura histero-narcisista*

Raquel, 26 años. Viene a la consulta porque se encuentra muy ansiosa, con insomnio, dolores de cabeza, vómitos unidos a sensación de angustia, miedo a la muerte, tendencia a la soledad y al aislamiento. Tiene un trabajo remunerado que le permite vivir sola, pero está empezando a tener miedo a su soledad y temores nocturnos. Uno de los motivos del aislamiento social es que no le apetece comer, y cuando come en

público no sabe qué pedir e incluso en muchas ocasiones le surge la angustia y el vómito. Su aspecto físico es agradable, pero excesivamente delgada, aunque ella dice «sentirse “Ile-nita”». Suele utilizar ropa provocativa y de buen gusto. Siendo general su aspecto físico cuidado. Presenta bradicardia y alterna episodios de astenia con hiperactividad, sin resultar patológicos, aunque sin motivo aparente. No tiene relaciones sexuales desde hace 2 años, que comenzaron los síntomas, a partir de que se separa de su marido. Según ella porque la situación había llegado a un extremo insoportable de humillación y sometimiento. Afirma masturbarse con cierto placer. En las últimas relaciones con su marido no había descarga sexual, aunque a pesar de su distancia e incluso cierta violencia por parte del marido, sí había excitación. En el examen corporal presenta tensión ocular, torácica y diafragmática. Durante el primer período de la vegetoterapia se agudizaron los síntomas de la anorexia, llegando a niveles de peso alarmantes, y con algún episodio bulímico con vómito posterior. Esto lleva a la par del trabajo de los dos primeros segmentos. Cuando empezó a realizar el acting de morder y mirar a derecha e izquierda, empezó a tener episodios de vómito en las sesiones, angustia al morder el trapo y progresivamente una fuerte rabia que le lleva a contactar con el sentimiento de tristeza asociándolo a su madre. Siempre me había hablado de su padre, y de lo «bueno» que era, y lo que la «mimaba», pero sin casi tiempo para estar con ella. Y su madre era la dominante, y la que no le dejaba hacer nada. A partir de estas sesiones empieza a sentir la rabia hacia su madre y la sensación verbalizada —después de unas sesiones de inpass por la resistencia latente— de que no le hago suficiente caso y le obligo a hacer los actings. Conforme vamos elaborando este tema de la rabia oral vinculada a la transferencia y comenzamos a trabajar la respiración y el tercer segmento, sin dejar de



prestar atención al segmento ocular y oral, surge la sensación de inferioridad que tiene hacia las otras pacientes mías, y a través de esto hay un cambio en su imagen corporal pues comienza a verse delgada y esquelética (tal y como estaba). Al mismo tiempo la posibilidad de expresar la rabia vinculada a su madre como elemento histórico y a su marido como elemento actual, viendo su similitud (relación con el marido, buscando al padre edípico con semejanza física, pero con un comportamiento dominante y absorbente como su madre) empieza a haber cambios en su

actitud con la comida, y en su relación con el otro y conmigo, adoptando una postura más seductora y más genitalizada. Se reduce la ansiedad y el miedo a estar sola en casa, así como los vómitos y los accesos de bulimia. Esto le hace sentirse más segura y tranquila. Pero se hace más fuerte su elemento narcisista competitivo en relación al trabajo con el tercer segmento con un fuerte impedimento para realizar el «acting» de decir ¡no! al mismo tiempo que mueve el cuello.

Aparecen recuerdos de sus «luchas» con su madre y su hermana (3 años mayor que

ella), y después con sus amigas para conseguir lo que quería, llegando a la conclusión de que lo que quería era la mayor atención del padre, y a nivel transferencial, la mía en cuanto terapeuta, perdiendo el contacto con su ritmo y teniendo como meta superar el ritmo de su madre (independencia económica, logros sexuales, etc.).

E incluso, superar mi propio ritmo sugiriendo la posibilidad de dejar la terapia porque ya se encontraba bien y no me necesitaba.

Esto ocultaba su temor a mostrar su necesidad, su deseo de ser querida, de ser acogida y mimada, encaminada siempre con la cobertura de la educación sexual, pero en el fondo buscando el cariño y la atención de la madre. A esta conclusión llegamos tanto con el trabajo del tercer segmento como con la elaboración de la transferencia, en cuanto que fui analizando sus intentos de coquetería al mismo tiempo que había una negativa de mi ayuda, queriendo envestirme de figura paterno-masculina, pero para defenderse de su necesidad de afecto materno, siendo esto último más duro para ella por su elemento narcisista-competitivo.

La Vegetoterapia siguió su curso terminando con buen fin, con un total de 340 sesiones individuales y 30 de grupo, alcanzando un grado de genitalidad bastante positivo, situando la figura del padre como la del acceso fácil por la propia seducción de este que le había servido para huir del conflicto con su madre (conflicto oral) que se había agudizado en el período edípico al vivirla a ella como la que le impedía el acceso al padre y a su sexualidad. Pero descubriendo, con el trabajo de desbloqueo de los segmentos diafragma-pelvis y tras un período de semidepresión reactiva, cómo su ansiedad y su hipercarga sexual estaba vinculada a la provocación del padre sin posibilidad de canalización del deseo.

Sin entrar en más detalles, lo importante en este caso es observar cómo el conflicto oral condiciona la relación edípica y

la formación del carácter. Resumamos los puntos de interés:

El embarazo de Raquel fue deseado, el parto en casa y una relación con el pecho de su madre convencional y «clásica», pero con un destete también «convencional» hacia los 8 ó 9 meses, impuesto por la madre a base de ponerse una sustancia de mal sabor en el pecho cuando su hija pedía el pecho. Posteriormente no hay grandes traumas educacionales, pues en la familia había un ambiente «normal», pero la madre era la figura absorbente, posesiva y centro de la dinámica familiar. Todo era controlado por ella, siendo el padre un personaje poco presente, pero siempre «bueno», que Raquel idealiza e intenta ganarlo para combatir a la madre. El padre se deja hacer, pero sin definirse y asumiendo la dinámica maternal. Bajo estos parámetros observamos: un bloqueo primitivo oral-cervical; un bloqueo principal diafragmático (hiperorgonótico) y un bloqueo secundario-pelvis. Hay dos factores importantes. La madre era bastante obsesiva con el tema de la comida-gordura y el padre era un moralista que en el período de pubertad de Raquel le impedía salir con vestidos cortos de casa, y llegar más tarde de las 10, verla con chicos... Situación que duró hasta que a los 16 años se fue a estudiar a otra ciudad.

Durante esos años adopta una postura promiscua, con base reactiva y buscando una salida a su hipercarga sexual y energética en general, a pesar de su aspecto corporal frágil. Tanto a nivel oral como en el período edípico y puberal, hay una excitación, pero con una punición posterior que impide la descarga.

Cuando conoce a su futuro marido se queda «colgada» de él porque desplaza la figura del padre por su semejanza con éste, y le es fiel y se casan, buscando su seducción. Pero al encontrar que su carácter es el fiel reflejo de su madre: absorbente, posesivo, celoso, controlador, dominante... sufre una fuerte crisis confusional que le lleva a tomar la decisión de

romper con él. Pero esta ruptura —con lo que de frustración conlleva— reactiva las frustraciones histéricas de tipo oral, y empieza un proceso autopunitivo tomando como medio el aislamiento sexual-social (no se fía del hombre) y el rechazo de la comida, en público (miedo a ser castigada por su placer), con la crisis narcisista-histérica (soy fea y estoy gorda) y la actitud de llenarse de leche-comida ansiosamente y en forma de ataque (bulimia) alternándolo con vómitos y negación de la leche-pecho comida.

Es decir, la imposibilidad de resolución edípica en la figura del marido, y por la actitud y ruptura-frustración con éste, se hipercarga el segmento diafragmático y oral con la reactivación de episodios orales latentes en forma de los síntomas descritos.

Vemos pues, cómo en este caso, la anorexia nerviosa tiene una función de respuesta reactiva neurótica vinculada a la reactivación de los conflictos orales latentes. Estando en el marco de la Somatización disorgonótica, siguiendo la terminología de F. Navarro.

Caso 2
Anorexia nerviosa en una estructura de carácter borderline. Concretamente con una cobertura histero-depresiva y un núcleo depresivo-sicótico

Matilde, 22 años. Viene a la consulta acompañada de su madre. Está diagnosticada de anorexia nerviosa por la sección de psiquiatría del hospital clínico de Valencia, donde ha sido atendida en régimen de ambulatorio durante 1 año. Tratada con ciproheptadina (antianoréxico) y amitriptilina (antidepresivo), acompañado de sesiones periódicas de psicoterapia. También ha visitado a otro psiquiatra privado con tratamiento similar. Los síntomas no han remitido. Los más alarmantes son la actitud depresiva e inmovilista (no sale de casa), el rechazo a la comida con episodios de bulimia a escondidas (cuando se van los padres se

come todo lo que hay en la nevera) y de vómitos inducidos, acompañado de una alterada imagen corporal, pues con su preocupante poco peso, se siente gorda y con continuo deseo de adelgazar. Asimismo hay amenorrea y estreñimiento. Es ella, no obstante, la que ha buscado otra alternativa terapéutica y ha conseguido mi dirección por una amiga ex paciente mía. Su actitud es cooperadora, pero excéptica a la vez, incluida por los resultados terapéuticos de este período anterior. Su aspecto está cuidado y es agradable. Habla como con miedo a abrir los labios, pero con soltura y tranquilidad. No es muy consciente de su problema anoréxico, sin embargo, lo que le preocupa es su situación depresiva, su aislamiento social, su sensación de vacío existencial y de incompreensión, que es contrario a su forma de ser anterior, jovial, extrovertida con muchas amigas y amigos, emprendedora e independiente. Yo tampoco me centro en el síntoma anoréxico, y de todos los detalles que giran en torno a ello me entero por un par de entrevistas con los padres (sabiéndolo Matilde), que empleo para conocer el ambiente familiar y recoger datos históricos y sintomáticos de ella.

En el examen corporal hay un claro bloqueo ocular y oral (de tipo hipoorgonótico) así como tensión cervical, hiporrespiración y tensión abdomen-pelvis.

Lo datos que recojo de la historia que interese mencionar son: Embarazo deseado, parto en casa «normal», pero no le puede dar el pecho porque su madre no tiene bastante leche. La crían con biberones, pero con bastante atención de la madre, pues ésta es ama de casa y su hijo ya tiene 5 años. Madre de aspecto dulce e infantil. Padre compulsivo y familiar, con comportamiento «familiar», basado en el orden, en la armonía y la «tranquilidad familiar». Impera en el ambiente familiar el bloqueo afectivo. Nunca pasa nada particular. Matilde me decía en una sesión: «No tengo motivos para



estar mal en mi casa, ni nada que echarles en cara, pero los odio en muchas ocasiones».

La crisis ocurre a partir de una frustración amorosa con un chico con el que salía desde hacía unos meses. El le dijo que ya no le gustaba y se fue con otra chica. A partir de ahí empieza a no salir de casa, a contar mentiras para no quedar ni con las amigas, a sentirse inútil relacionándose con la gente, y a desarrollar la anorexia, con el consiguiente estado de alarma de los padres, que no saben «qué han hecho mal» y que provoca un estar más pendientes de la hija que antes, hostigándola con preguntas, de algo que ni ella misma entiende, pero al mismo tiempo reduciendo la importancia de lo que ocurría. «No es nada. Es la edad...». Desde que dejó de salir con ese chico no ha tenido relaciones sexuales, ni se masturba; no se siente excitada.

Desde el comienzo del análisis deja la medicación.

En el trabajo con los dos primeros segmentos, observo su falta de percepción corporal vinculada a ese bloqueo afectivo escondido bajo ese aparente estado jovial y delicado que se va cayendo por momentos para dar paso a un estado depresivo vinculado a su debilidad física y a su incompreensión de lo que

sucede. Busco crear un vínculo terapéutico fuerte que permita un «maternage», al intuir que toda su situación es reflejo de una reactivación del conflicto borderline de la ambivalencia oral, con la consiguiente actitud de bloqueo afectivo y semidepresión para no sentir la angustia biofísica de la carencia y la necesidad. Conforme se va facilitando dicho vínculo, y empieza a tomar más contacto consigo misma y con el hecho de que «yo-estoy-con-ella» y «no-me-voy-a-ir», va adquiriendo una mayor aclaración de lo que ocurre, pero aumenta su estado depresivo. Conforme va desapareciendo su bloqueo afectivo (no estructurado, y por tanto débil) emerge el miedo a sentir que vamos compensando con el vínculo creado conmigo. Lo más importante es la tendencia que aparece a regredir al útero, huyendo de la angustia de la carencia oral. Esto se denota tanto en sus sueños (vive en una cálida cueva dentro del mal, de la que es sacada por una fuerte explosión y que le hace aterrizar en un lugar lleno de cosas, pero frío), como en las vivencias emocionales en las sesiones, trabajando el primer segmento, sintiendo miedo a mirar la linterna después de estar muy placenteramente con el contacto de mis manos en sus oídos. Asimismo

el pánico a que a mí me suceda algo o me marche —que apoya el hecho del vínculo— va cada vez más unido a la abreacción de su miedo y a sentir su vacío existencial y su soledad, acompañado de frío, incluso tapada con la manta. El reconocimiento del objeto vincular (mi figura), acompañado de la verbalización de su deseo de que la proteja y la abrace da comienzo a una nueva fase. El proceso de *maternage*; la posibilidad de ir viviendo progresivamente la necesidad y la rabia por la carencia sin que «pase nada»; el aumento de su propia percepción (al trabajar el segmento ocular y la respiración-nariz con el gato) que le hace cambiar su imagen corporal alterada y la progresiva recuperación de un cierto placer oral (con el acting del «pez») va ocasionando un cambio en la sintomatología. Al mismo tiempo ordeno a la familia que no le «limiten» la comida (cuando se iban no dejaban comida en la nevera, sólo lo justo), y que intenten darle un trato normal, no de enferma incomprensible. Empieza a vestirse juvenilmente, a quedar con alguna amiga y salir por la noche, sigue con los estudios y va remitiendo la anorexia y los síntomas físicos más alarmantes de este síndrome: la amenorrea, el estreñimiento y la falta de apetito. Deja el tratamiento farmacológico y comienza a llevar progresivamente una vida normal.

En este caso he observado el desarrollo de la etapa esquizo-paranoide y depresiva de M. Klein descrita por M. Origlia (1984). En mi experiencia esta reactivación la he visto a pacientes con esta estructura borderline o en la E. Sicótica.

En la actualidad continúa la terapia, después de 110 sesiones, trabajando el tercer y cuarto segmentos, reestructurando su sistema defensivo y facilitándole una identidad yoica, y un aumento de carga energética. No han vuelto los síntomas de la anorexia, y el ir comprendiendo su proceso le ha permitido implicarse más y tomar una postura más activa e independiente en el análisis.

Brevemente resumo el caso: Sicopatológicamente hablando, el miedo neonatal, la ambivalencia oral y la presencia familiar bajo una actuación compulsiva y de bloqueo afectivo provoca una estructura borderline, que presenta esta paciente. Desde una lectura corporal existe un bloqueo primitivo ocular, un bloqueo principal oral y un bloqueo secundario diafragmático. Y desde una lectura energética nos encontramos ante una «hiperorganía disorganótica» (Navarro, 1988).

La frustración amorosa «actual», en un momento histórico-cronológico de apertura sexual y afectiva al hombre, y de deseo de integración social, utilizando rasgos histero-narcisistas, le ocasiona una herida que la sitúa en una situación de angustia. «La perspectiva energética de la angustia nos indica que ella es, en realidad, una contracción contra la expansión... (la contracción por sí misma no produce angustia)» (Ferri, 1985), que intenta mantener con su retirada del mundo y su búsqueda uterina (deja las relaciones y se encierra en casa) en cuanto que el mundo la pueda destruir (e incluso se encierra en su habitación, porque su madre forma parte cercana de ese mundo). Y el comer refleja en este momento la asimilación o «devorar el objeto amado» (Navarro, 87), y la posibilidad de destrucción al mismo tiempo. De ahí sus episodios de bulimia a escondidas y sus vómitos inducidos. Al mismo tiempo es una forma de mostrar su rabia utilizando un medio que a la compulsividad familiar hace daño: el «desorden oral». También la hipertensión del diafragma provoca un aumento de tensión ocular y de ahí su alteración de su imagen corporal, y sus episodios esquizo-paranoide trabajando el primer segmento, así como su momento de aumento de la depresión al contactar con la realidad de la carencia. El ambiente vinculante que con la vegetoterapia debe darse en estos casos facilita el reencuentro con el objeto y la organización

energética que permite superar esta ambivalencia oral y por tanto la superación del síntoma anoréxico.

Vemos, pues, la diferencia existente entre los dos casos, tanto desde la patogénesis como en la lógica funcional del síntoma. Siendo, por ello, nuestra actuación terapéutica también diferente para favorecer el proceso ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K.: «Un breve estudio de la evolución de la libido, considerado a la luz de los trastornos mentales» (1924), capítulo V del libro: «Contribuciones a la teoría de la libido». Ed. Paidós-Horme, 1973.
- BAKER, E.: «Man in the trap». F.J. MacMillan Company, N. Y. (1969).
- BORGHI, A., y SERIO, M. (1985): «Anorexia nerviosa» del libro «Neuroendocrinología» de O. Shiffaffini y Col. Salvat.
- CARBALLO, R.: «Teoría y práctica sicosomática». Ed. Desclée de Brouwer (1984).
- DEUTSCH, B. G. (1985): «Anorexic Presentation in a hysteric with an oral block». *Journal of Orgonomy*, N. Y.
- FERENCZI, S.: «Neurosis del domingo» (1919), capítulo XIV del libro: «Teoría y técnica psicoanalítica». Ed. Paidós, 1967.
- FERRI, G. (1985): «Apuntes sobre el delirio». *Rev. Energía, carácter y sociedad*, vol. 3, número 1.
- FERRI, G.: «Apuntes sobre embriología», vol. 5, números 1 y 2 de la revista *Energía, carácter y sociedad*.
- FREUD, S.: «Duelo y Melancolía» (1915). Tomo segundo de sus obras completas. Ed. Biblioteca Nueva, 1973.
- GARCÍA, M.: «La sintomatología depresiva. Un estudio de campo». Tesis de licenciatura. San Sebastián (1986).
- GUZMÁN, L.: «Depresión e histeria», cap. V del libro «Aproximación a la histeria». Ed. Mayoría (1980).
- HARMAN, R. A. (1985): «A case of anorexia nervosa». *Journal of Orgonomy*, vol. 19, 2.
- KERNBERG, O.: «Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico». Ed. Paidós (1979).
- KLAUS-KENNEL: «La relación madre-hijo». Ed. Médica Panamericana (1978).
- LOWEN, A.: «La depresión y el cuerpo». Alianza Editorial (1982).
- MASCARELL, S.: «Carácter y personalidad histérica» del libro «Aproximación a la histeria». Coordinador, S. Mascarell. Ed. Mayoría (1980).
- NAVARRO, F.: «Somatosicodinámica de las depresiones». *Revista Energía, carácter y sociedad*, número 4, Roma (1983). «Un autre regard sur

la pathologie». «La somatopsychodynamique». Ed. Del'epi. Paris (1984). «El funcionalismo nasal». *Revista Energía, carácter y sociedad*, vol. 2, número 2, Valencia.

- NAVARRO, F. (1983): «La función muscular en la abreacción terapéutica» en *Rev. Energía, carácter y sociedad*, vol. 1.
- NAVARRO, F. (1987): «La Somatosicodinámica». Ed. Orgón.
- NAVARRO, F. (1988): «Las biopatías». *Rev. Energía, carácter y sociedad*, vol. 6, número 1.
- ORIGLIA, M. (1984): «Posición esquizo-paranoide y vegetoterapia». *Rev. Energía, carácter y sociedad*, vol. 2 número 1, 1984.
- REICH, W.: «Algunas formas características definidas» (1930). Capítulo X del libro «El análisis del carácter». Ed. Paidós, 1976. «El carácter masoquista» (1932). Capítulo XI del libro «El análisis del carácter». «El orgasmo como descarga electrofisiológica» (1934). «La biopatía del cáncer» (1948, a). Ed. Nueva Visión, 1985. «La función del orgasmo» (1948, b). Traducción del libro de Reich: «The discovery of the orgone». Vol. 1. Ed. Paidós, 1977. «La escisión esquizofrénica». Capítulo XII del libro «El análisis del carácter». «La coraza del recién nacido». *Orgone energy bulletin*, vol. 3 (1951).
- SERRANO, X. (1984): «Abreacción neuromuscular versus catarsis histeriforme», vol. 2, número 1. *Rev. Energía, carácter y sociedad*.
- SERRANO, X. (1987): «Vegetoterapia caracterológica de la depresión». *Rev. Energía, carácter y sociedad*, vol. 5.
- SPITZ, R.: «El primer año de la vida del niño» (1965). Ed. Fondo de Cultura Económico, 1984.
- TALLAFERRO, A.: «Curso básico de psicoanálisis». Ed. Paidós (1976).
- TORO, J., y VILARDELL, E. (1987): «Anorexia nerviosa». Ed. Martínez Roca.
- WIDLOCHER, D.: «Las lógicas de la depresión». Ed. Herder (1986).

NOTAS

- (1) A este respecto estaría en oposición a la tesis de M. Klein de que la depresión es «normal» e incluso la estandariza al hablar de etapa depresiva en la evolución normal del ser humano.
- (2) El sinónimo actual de Melancolía sería la Depresión.
- (3) Para ampliar este concepto ver el artículo de Maite S. Pinuaga: «Estudio clínico de la percepción a partir del modelo del funcionalismo Orgonómico». *Revista «Energía, carácter y sociedad»*. Vol. 4, números 1 y 2 (1986).
- (4) Miedo neonatal, biopatías secundarias; según F. Navarro (1984).
- (5) Miedo intrauterino, biopatías primarias; según F. Navarro (1984).
- (6) No son innatas, sino consecuencia del sistema social alienante y destructivo actual.