

## Disfunciones sexuales o disfunción del orgasmo, a partir de W. Reich

Xavier Serrano Hortelano\*

Psicólogo clínico y organoterapeuta

### 1) SEXUALIDAD, FUNCIÓN DEL ORGASMO Y ORGASMO GENITAL.

Es en 1927, en Viena, cuando **W. Reich**, joven psiquiatra, psicoanalista didacta del círculo de Freud, plasma en su segundo libro «Die Funktion des Orgasmus»<sup>1</sup> los esbozos básicos de su teoría del Orgasmo. Años después escribirá: «No hay duda de que en algunos círculos se hacen grandes esfuerzos para que el análisis del carácter sea "aceptado" sin la Teoría del Orgasmo... Pero cualquiera que haya estudiado a fondo el Análisis del Carácter se habrá dado cuenta del disparate de separar la Teoría del Orgasmo de la función de la formación del carácter humano» (Reich, 1950).

**Partir de Reich es partir de su Teoría del Orgasmo**, eje central de su «Economía sexual», que con su maduración posterior definiría como Funcionalismo Orgonómico. En el círculo psicoanalítico Reich ya había tenido sus conflictos previos a la edición de este libro: «En 1925 cuando presenté mi ponencia "Sobre la genitalidad" se creó un tenso silencio en la sala. Se podía estar neurótico y llevar una vida sexual sana: nadie tenía ni idea de la función del orgasmo» (Reich, 1942). El propio S. Freud escribe en 1928 una nota haciendo referencia a dicho libro en una

carta a Andreas Salomé: «Tenemos aquí a un Dr. Reich. Un valeroso aunque joven jinete de caballos de batalla que adora el orgasmo genital como contraveneno de la pulsión de muerte.»

Reich, siguiendo la teoría de la libido de los textos de Freud hasta 1920, parte de la tesis de que «la función sexual es por antonomasia el núcleo de la función vital» (Reich, 1927). Dicha función sexual permite el funcionamiento de lo vivo. Pero hay que tener presente que cuando hablamos de sexualidad nos referimos a la capacidad de placer, de alegría de vivir en todas sus manifestaciones. No hay vida sin sexualidad. Aunque ésta adopta múltiples formas. Desde la limpieza compulsiva del ama de casa que afirma «no sentir nada en la relación sexual con su marido» y no necesitar de «eso», hasta las prácticas masoquistas en su «trascender místico» de una religiosa con la figura de Cristo, o los malabarismos de un faquir célibe. Todo ello son manifestaciones sexuales separadas de su función original, la Función del Orgasmo. Es por ello que situamos a la sexualidad como instinto, y a las manifestaciones sexualmente como pulsiones. Lo primero es del orden de lo innato-biológico, lo segundo está condicionado por el factor cultural. Y en la sexualidad se dan ambas cosas con mucha más fuerza que en el resto de los instintos, cuya posibilidad de cambios de forma no es posible, sólo cambia el ritual (comer, dormir).

Por esto, la forma que adopta la sexualidad en cada «animal humano» va a estar condicionada por el ecosistema. Partiendo del hecho de que el primer ecosistema del biosistema humano es el útero-madre, posteriormente el pecho-madre, la célula familiar, la

escuela, los medios de comunicación, el sistema social. Es decir, usando una terminología más concreta, *la forma o conducta sexual está condicionada por la relación objetal, por los condicionantes biofísicos maternos y por la base socioeconómica del sistema social.*

Ahora bien, la sexualidad instinto se convierte en pulsión a partir de que —usando la frase de Reich— «venimos al mundo con una cantidad de libido y el sistema se encarga de moldearla» (Reich, 55). Es decir, existiría un impulso basado en la fuerza del instinto que permitiría el desarrollo y maduración de la función sexual, y junto a ello la maduración equilibrada de las distintas funciones del animal humano, y *dicho proceso de maduración viene favorecido por la función del Orgasmo.*

Orgasmo. Palabra maldita, llena de equívocos y de a priori, de prejuicios y de reactividades, y básica para comprender los procesos vitales. Reich demuestra en 1936, con sus «*experiencias bioeléctricas sobre el placer y la angustia*» y anteriormente en 1934 sobre las «*variaciones electrofisiológicas del orgasmo*» que al placer viene acompañado de una mayor carga periférica, mientras que en los procesos de displacer dicha carga disminuye. Así, la misma reacción mecánica fisiológica que facilita el acmé en el hombre o mujer adulta podían estar acompañados de carga periférica o de una disminución de ésta, y este fenómeno coincidía con el grado de neurosis del voluntario. Es decir, que las manifestaciones sexuales genitales (lubricación vaginal, erección del pene, enrojecimiento de la piel...) se daban por igual en personas que realmente sentían placer y tenían una capacidad de

abandono vegetativo en el momento del acmé a aquéllas que su capacidad de placer estaba mermada, o que su capacidad de abandono era menor. Su teoría clínica de diferenciar la potencia genital de la potencia orgástica se documentaba, así, objetivamente. Pocas veces se citan estos trabajos de Reich, la mayoría de ellos traducidos hace poco al inglés e italiano, pero fundamentales para entender el concepto del Orgasmo en Reich, sin caer en simplismos —caso de los autores del «nuevo desorden amoroso»— que levantan sentimientos de vergüenza ajena.

Esta teoría tiene muchas implicaciones, de tipo biofísico, social y clínicos, pero antes de entrar en este último terreno, creo necesario recordar alguna cosa más a este respecto.

En años posteriores Reich llega a la conclusión que **la función del Orgasmo es una fórmula vital que se da en todo lo vivo con formas diferentes** (ver «Die Biologie» o «La biopatía del cáncer») y cuyo objetivo es el de regular la economía sexual y, por tanto, el funcionamiento vital de cada organismo. Si bien la sexualidad toma diferentes formas, no cumple su función si no va acompañada de la periódica experiencia del Orgasmo. Esta fórmula (Tensión-carga-descarga-relajación) va unida al concepto de expansión, de «ir-más-allá» y se produce tanto en seres unicelulares (mitosis), como en organismos más complejos como los mamíferos y el animal humano, utilizando medios más especializados como: el sistema neurovegetativo-neurohormonal-septum encefálico-formación reticular-sistema gonadal. Pero que son medios usados en el animal humano adulto para cumplir la misma función que la ameba o el cigoto: la

\* Organoterapeuta Didacta de la Scuola Europea di Organoterapia (S. E. Or.). Director de la Escuela Española de Terapia Reichiana (ES. TE. R.). Director de la revista semestral «Energía, carácter y sociedad». Miembro de la Federación Española de Sociedades de Sexología.

expansión. Expansión que facilita la descarga del excedente energético del organismo, que de no realizarse se acumula en el cuerpo formando un estasis libidinal, núcleo somático actual de la neurosis, que junto con la siconeurosis forman las llamadas por Reich «Neurosis características», es decir, la alteración de la función, tomando una forma compensatoria que mantiene el

equilibrio en el desequilibrio, el carácter y la coraza muscular. Factor que rigidiza de manera crónica el potencial yoico, y facilita la adaptación al sistema social.

Asimismo, *no hay maduración de las funciones sexuales y del organismo humano en sus múltiples funciones somatosíquicas, sino se produce el orgasmo desde el cigoto, primero con la mi-*

*tosis; después con el crecimiento fetal; después con el «orgasmo oral» (Reich, 1948) por medio de la relación boca del lactante-pezones de la madre y posteriormente con el orgasmo genital, teniendo como medios la fusión y el abrazo genital. Así «el orgasmo se manifiesta como una CONVULSIÓN repetida del organismo en su TOTALIDAD.*

*Esto es válido para todo el rei-*

*no animal. De este modo el orgasmo no es un acontecimiento genital local. El aparato genital sólo juega el rol de disparador para la convulsión general total... De este modo la función del orgasmo representa un problema de funcionamiento del ORGANISMO EN SU TOTALIDAD EN TÉRMINOS BIOENERGÉTICOS»...* Así, la convulsión orgástica es una expresión de carga y descarga protoplasmáticas que es independiente de la existencia de un sistema nervioso formado, si bien éste es su ejecutor (Reich, 1950).

## 2) CONDUCTA SEXUAL Y ESTRUCTURA DE CARÁCTER

Por tanto vemos que el orgasmo responde a una necesidad biofísica y bioenergética y no es —ni mucho menos— algo estrictamente ligado a la experiencia descrita en los manuales de sexología considerada para nosotros como el «acmé» en la relación sexual adulta.

**Para Reich no hay diferencias entre la capacidad orgástica del hombre y de la mujer,** además, ambos pueden ser activos durante toda la relación sexual. Incluso durante la fusión penevagina del «abrazo genital» (Reich, 54) la vagina también puede «succionar» el pene, puede retener el pene y sentir el goce de su órgano y el hombre vivir el goce de la actividad vaginal de la mujer. Esto ocurrirá si hay sensación de órgano, si se tiene una capacidad plena de placer corporal y de abandono vegetativo, si se está descondicionado de los múltiples prejuicios sociales referentes a la relación sexual, etc.

*Son varios los factores que limitan esta experiencia orgástica en el animal humano.* Es por ello que hablamos de **impotencia orgástica**, impotencia orgástica o disfunción del orgasmo como menciono en el título de este artículo, que ocasiona actitudes y comportamientos sexuales descritos en los manuales de sexología, a saber:

a) Aprendidos (técnicas sexuales). b) Vinculadas a la **ESTRUCTURA DE CARÁCTER** (Reich, 1933) individual (comportamiento fálico de penetración genital, actitud sado-masoquista de pasividad vaginal con el «no siento», «teatro del goce del sexo», potencia genital y multiorgasmos, fijaciones psíquicas vinculadas a objetos parciales que



facilitan el placer (fetichismo, violación, paidofilia...). c) Los momentos en que, queriendo desarrollar una función mecánica (acción de los genitales, percepción del placer corporal), esto no se produce (alteraciones denominadas disfunciones sexuales: impotencia erectiva, anorgasmia...).

*Pero todas ellas son consecuencia de la DISFUNCIÓN DEL ORGASMO*, es decir, de la imposibilidad de vivir la expansión protoplasmática y bioenergética del organismo que provoca el estasis sexual y mantiene el carácter y la coraza muscular (Reich, 1933). Es por esto que en un artículo (Serrano, 1983) afirmaba que quien habla de que en esta sociedad se puede alcanzar el Orgasmo, es como el que «ideológicamente» y por tanto «misticamente» afirma que es posible ser «libre» o «amar». Pues en un sistema social, donde por medio de la célula familiar patriarcal, de la escuela, de los medios de comunicación... se ignora y se anulan manifestaciones de la sana y necesaria sexualidad natural del niño en su desarrollo básico vital infantil (ya desde la vida intrauterina) (Serrano, Pinuaga, Navarro, 1988) facilitando el sometimiento, la falta de autonomía y la resignación, no se puede esperar que el biosistema del adulto tenga una plena capacidad de placer, ni de goce, ni de orgasmar, ni de uso de la libertad, ni de salud, ni de amar. Y sí se produce lo que Reich definió como los valores y actuaciones secundarias. El pseudocontacto.

Por ello, si bien el concepto de orgasmo está en toda la obra de Reich, si bien se habla de genitalidad, como del estado emocional y psíquico suficientemente maduro como para que pueda darse esa potencia orgástica, no hacemos una apología del orgasmo ni del «follar», ni de que sólo se puede vivir el placer y la relación sexual si hay penetración. No recreamos el dominio del falo sobre la mujer y tantas y tantas sandeces que leo y oigo de vez en cuando de personas desconocedoras de este discurso y, por tanto, con una crítica destructiva. Ante bien pienso que el objetivo de una relación sexual no debe ser nunca buscar el orgasmo de uno u otro sino el contacto corporal, el placer, la comunicación afectiva, el disfrutar del otro y con el otro.

EL ORGASMO EN LA RELACIÓN SEXUAL VIENE, NO SE BUSCA, PERO TODA RELACION

CIÓN SEXUAL, YA ES POR SÍ VÁLIDA SI SE CONSIGUE VIVIR EL PLACER CORPORAL CON EL OTRO.

El carácter genital, recuperar la potencia orgástica son objetivos clínicos cotidianos que vemos cumplirse tanto en las personas que finalizan positivamente la Vegetoterapia caracterológica como en los niños que viven en unas condiciones facilitadoras del desarrollo de sus funciones naturales (Pinuaga, 88), pero que no es lo corriente ni lo general. Por esto, *para nosotros, cada uno tiene su sexualidad, que adopta una conducta, una forma determinada en base a:*

— *Elemento actual* (influencias ambientales y personales).

— *La estructura del carácter del sujeto.*

— *En relación con el punto anterior, los elementos históricos que confirman la existencia de determinados bloqueos musculares y de su carácter.*

Según estos tres factores, cada cual tendrá una capacidad de placer determinada y una forma de desarrollarlo, y dentro de estas formas está la relación sexual, que también adoptará la forma vinculada a las variables antes manifiestas. Así, una mujer con una base oral importante y una cobertura narcisista, seguramente preferirá las relaciones lésbicas porque con ellas tiene más placer, pero es porque sus condicionantes históricos le llevan a sentir placer de esa manera. Por su carencia materna, su rechazo al padre... De la misma manera un hombre con cobertura fálico-narcisista vivirá el placer en la conquista de la mujer, mujeres siempre inferiores a él y con la conquista confirma esa superioridad, conquista que se da en la cama cuando «hace disfrutar a la mujer». Huirá de la mujer que quiere hacerle disfrutar a él. Y por supuesto que hay placer. Pero está condicionado. Y al ser consecuencia del CARÁCTER y por tanto de la DISFUNCIÓN ORGÁSTICA desde la vida intrauterina (estrés materno, parto traumático, oralidad insatisfecha o carencial, castración paterna...) e influido por los factores actuales de confusión sexual, de falta de información... *es un placer secundario, que no nos permite desarrollar la función básica de la sexualidad*: El de mantener un sistema de homeostasis y de autorregulación bioenergética capaz de permitir al organismo su potencialidad y su salud. Recordemos la conexión entre

esta Disfunción orgástica y gran parte de trastornos «psicosomáticos y biopáticos» (Reich, 1948; Navarro, 1987).

Con este discurso, basado en la práctica de la Vegetoterapia Caracterológica, en la profilaxis Orgonómica infantil y en la experimentación científica de la orgonomía se vislumbra que NO HACEMOS VALORACIONES DE LO QUE ES MEJOR O PEOR; no creamos un modelo de conducta sexual sino que situamos la conducta en la relación sexual en unas coordenadas clínicas que nos hacen comprensible su funcionalidad. Y esto influye determinadamente en nuestra actuación clínica, en nuestra visión de las «disfunciones» sexuales, de la sexualidad, de la sexología y en la práctica terapéutica de esas disfunciones. Ya que la genitalidad, *el orgasmo, no «se consigue», no «se alcanza», volitiva-mente o con técnicas mecanicistas, es una capacidad que todo organismo TIENE, PERO ESTÁ LIMITADA*. Así o se da o no se da. Lo que siempre existirá es la sexualidad, y, por supuesto, que todo lo que permita el goce, sin dañar al otro es positivo y es favorecedor. Pero situemos las cosas con una lógica unitaria y veamos que ese goce, esa capacidad de placer, esa forma de sentirse en la relación sexual y en la vida en general, está limitada y condicionada por el carácter y por nuestra coraza muscular, por nuestra impotencia orgástica. Es un elemento más que favorece nuestra ya honda herida narcisista. Pero a su vez nos permite situar de manera más realista nuestras capacidades y nuestra actuación cotidiana y sexual.

### 3) LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS ESTRUCTURAS DE CARÁCTER

Es por esto que las llamadas **disfunciones sexuales entran para nosotros en los trastornos clínicos producidos por la DISFUNCIÓN ORGÁSTICA**. En estos casos el sujeto toma conciencia de su disfunción específicamente genital, en cuanto exigencia del otro y, por tanto, como mecanismo narcisista nuevamente, o por imposibilidad de compensar esa disfunción genital con otras actuaciones sociales «sublimadoras» de la sexualidad (trabajo compulsivo, misticismo, altruismo extremo...). Ahora bien, ni siquiera significa que desde un punto de vista bioener-

gético y biológico tenga mayor capacidad de placer una persona sin problemas de erección, y otro que sí los tenga. Simplemente, en este último, por presiones actuales o factores vinculados a su carácter y coraza, la disfunción orgástica ha tomado forma en una disfunción de la mecánica genital. Cuántas mujeres viven placer en el contacto epidérmico y en los juegos pregenitales, pero son incapaces de alcanzar el acmé (anorgásticas). Y sin embargo, su placer será mayor que en muchas mujeres donde no hay «problemas sexuales», porque alcanzan muchos «acmés», pero que su percepción epidérmica es menor, su goce en el sexo también... Pero esta última está «normalizada», responde a unos parámetros mecanicistas que el sistema social, y por tanto el hombre y ella misma le exigen. O el homosexual latente que vive más placer en su relación con el hombre, pero mantiene sus relaciones con una mujer para crear fachada, siendo supuestamente heterosexual. Su placer y su goce será menor que el hombre que, haciendo uso de su pulsión, vive su homosexualidad sin prejuicios. (Serrano, 86).

Por todo ello, el tema creo que es mucho más complejo y no se puede reducir al intento de «normalizar» al sujeto en unos parámetros comportamentales que supuestamente le alivian de su angustia de ser diferente, pero que facilitan el juego de lo imaginario y mantienen la confusión de los procesos vitales-sexuales, permitiendo así, en el fondo, el mantenimiento del sistema social, pues se crean unos «paraísos artificiales», donde todo es posible, sin coger lo esencial, ni tocar lo real.

Por otra parte, *un mismo sintoma o disfunción sexual en según qué estructura de carácter tiene una lógica y un significado diferente*. Brevemente describo este postulado clínico: (Serrano, 87).

— **Estructura de carácter neurótica** (Serrano, 87-88), con rasgos bastante estructurados y donde su referencia conflictual básica se ha generado en la relación edípica estando condicionada por el factor actual (relaciones de pareja satisfactorias-compensatorias o no, trabajo económicamente positivo...) encontramos, en general, roles sexuales bastante desarrollados según la norma social (masculino-femenino). Se busca en la relación sexual con el otro la satisfacción

de lo insatisfecho (relación incestuosa), con la consiguiente dependencia del objeto sexual, bajo la forma de «yo le doy placer al otro» (marcado componente narcisista), o «el otro es para mí» (posición dominante).

— **Específicamente, en la estructura neurótica histérica con base oral** —se da más en mujeres— suele haber anorgasmia, aunque la mayoría de las veces no es manifiesto, o incluso no es consciente del hecho por el «teatro» caracterial. Incluso en ocasiones se pueden confundir las ondas de excitación con acmé u «orgasmos» (multiorgasmos). Por la congestión pelviana, fruto de la tensión de los segmentos diafragmático y pélvico, hay frecuentes infecciones vaginales sin motivo aparente, cistitis, dispareunias o dolores coitales, etc... (Navarro, 87.)

— **En el fálico narcisista** —suele ser más frecuente en hombres, por el condicionante cultural— hay una clara potencia erectiva, aunque con impotencia orgásmica y poca percepción placentera en los órganos genitales y en general en todo su cuerpo. Es el modelo de «virilidad potente». Existe una tendencia sádica latente contra la mujer, nunca manifiesta y mantenida por una fuerte tensión anal que suele producir hemorroides o fisuras anales. A lo largo de la Vegetoterapia aparece claramente en estos casos su deseo de destruir a la mujer, acompañado del miedo a la castración. Lógicamente esta rabia nunca se manifiesta directamente, sino todo lo contrario, es seductor y agrada a las mujeres. Es en esa conquista cómo desarrolla CARACTERIALMENTE su situación sadomasoquista-narcisista. También hay rasgos compulsivos, cosa que en el carácter histérico se dan más obsesivos.

Se observan episodios puntuales de eyaculación precoz, debido a la hipercarga continuada de la pelvis.

— **Los caracteres masoquistas compulsivos** suelen enmarcarse en la estructura borderline en muchas ocasiones, en base a las fijaciones pregenitales. En estos caracteres, debido a la fuerte contención producida por el bloqueo cérvico-torácico, hay una actuación sexual estereotipada, con una descarga motriz mínima, por lo que se recrea más en la experiencia pregenital. Aparecen episodios de impotencia erectiva y de supuesta «frigidez» pero bajo la perspectiva de ha-

cerse la víctima (no me vas a dar placer por mucho que hagas, actuación sadomasoquista con base oral).

— **EN LA ESTRUCTURA DE CARÁCTER BORDERLINE** (Cobertura caracterial neurótica, pero con un núcleo psicótico o depresivo latente y mantenido por esa cobertura) las disfunciones sexuales son más patentes, pero preocupan menos que a los caracteres neuróticos. Así, **con la cobertura histérica, pero con un núcleo psicótico**, en las mujeres hay constantes situaciones de anestesia vaginal y frigidez, pues ha habido una imposibilidad material de acceder al conflicto edípico con una carga libidinal. Más bien le ha servido como compensador de la ambivalencia oral. Por tanto, aunque haya relación con el hombre, se busca a la mujer. Cuando hay *cobertura*

*narcisista* se suele dar una inclinación lésbica y desarrollar una justificación ideológica de corte «feminista» para justificar sus tendencias (la autonomía del pene, placer clitoridiano...).

— **Cuando la cobertura es masoquista**, suelen haber inclinaciones homosexuales, adoptando posiciones pasivas. Así como impotencia en el hombre y frigidez y vaginismo en la mujer. Son casos para trabajar más en profundidad, pues el problema siempre está vinculado a la fase oral, es decir, a la relación con el objeto materno, por tanto, a un período, en ocasiones, pre-verbal. Por ello, el trabajo neurovegetativo en el marco terapéutico Reichiano es fundamental. Sobre

todo al ir elaborando la movilización de los tres primeros segmentos de la coraza muscular (Reich, 193).

El bloqueo de estos primeros segmentos está impidiendo la capacidad de erogeneización corporal, por tanto son inútiles todas las técnicas mecánicas de sensibilización corporal, masaje sensitivo... Cosa que no ocurre con la estructura neurótica.

Son estas leyes clínicas a la luz de la vegetoterapia caracterioanalítica las que posibilitan tener un mayor conocimiento de la dinámica clínica a seguir por el psicoterapeuta.



— EN LA ESTRUCTURA PSICÓTICA, al no haber un carácter estructurado, la situación actual es la base referencial del sujeto. Si hay una situación de maternage en la relación de la pareja o en la relación laboral... la situación carencial mantiene muchas veces la crisis.

El bloqueo del primer segmento y de los telerreceptores impide la percepción de placer, pero al mismo tiempo, y como consecuencia de esto, pueden tener experiencias sexuales apoteósicas en determinados momentos, fruto de la alteración de la melatonina segregada por la glándula pineal. También se busca la relación sexual, e incluso la propiamente genital con cierta compulsividad porque suplen la relación pene-vagina con la relación carencial boca-pezones de la madre e incluso, siguiendo la tesis de Ferenczi, la búsqueda de una cierta vuelta al útero materno. Vemos en estos casos episodios de satiriasis y ninfomanía, pero con una lógica totalmente diferente a ciertas estructuras histéricas o fálico-narcisistas. En la estructura psicótica la actuación genital es un medio suplantador de una acción con base netamente primitiva, de búsqueda de maternage. Bien sea con objeto heterosexual u homosexual (en el caso lesbico). También pueden haber extremos de patologías sexuales criminales (violaciones, asesinatos sexuales, etc...) debido a dicho bloqueo ocular, que le lleva a perder el contacto. La disfunción sexual en estas estructuras debe enmarcarse necesariamente dentro de la necesidad de una terapéutica profunda y delicada que olvide el objetivo de «normalizar» el síntoma. Creando un vínculo con el terapeuta que permita desarrollar el maternage en un «Nuevo espacio».

#### 4) PRAXIS CLINICA

Siguiendo el curso de este artículo y para concluir, paso a describir brevemente cuál es la actuación terapéutica de nuestra Escuela Post-Reichiana en este campo de la salud:

1. **Profilaxis.**
2. **Vegetoterapia focal.**
3. **Recuperación de la capacidad orgástica por la Vegetoterapia Caracteroanalítica.**

a) Conscientes de que tanto los factores sociales, culturales y económicos y las leyes socio-sexuales, así como la información sexual están influyendo determinantemente en la aparición

o en la vivencia con más fuerza de lo normal, de un conflicto sexual, y a sabiendas de que el núcleo de nuestra limitación de placer —donde la disfunción sexual es una de sus formas— está en el disturbio de la función del orgasmo desde la vida intrauterina, con nuestras posibilidades como profesionales y como institución intentamos el favorecimiento de cambios sociales y de leyes que posibiliten el buen desarrollo de la sexualidad desde la primera infancia. Así como realizamos una acción directa con las personas que lo solicitan, desde el embarazo, para prevenir la disfunción orgástica y poner los medios necesarios para la salud del niño, en el amplio término de la palabra.

b) Conscientes de que no todas las personas pueden someterse a un tratamiento prolongado como el de la Vegetoterapia Caracteroanalítica, metodología terapéutica de W. Reich de corte profundo y desarrollada por nuestra Escuela Post-Reichiana, intentamos, por medios didácticos y prácticos, facilitar, a los profesionales de la salud mental de centros públicos o privados que se dedican a terapias más breves, medios que posibiliten, tanto a nivel de diagnóstico (Estructura de carácter neurótica-psicótica y Borderline) como de actuación terapéutica, una práctica clínica coherente y facilitadora de la dinámica vital y yoica-caracterial del paciente, permitiéndole situarse en la lógica real del síntoma y de su propia sexualidad, individualizando la relación y le permitan, la mayoría de las veces —por el cómo de la relación terapéutica y los medios corporales utilizados— aumentar su capacidad perceptiva (trabajo primer segmento), su capacidad de contacto epidérmico y de relación con el otro (segundo segmento), reducir su nivel de angustia en base a su impronta de logro narcisista (tercer segmento) y un aumento en su capacidad de placer de su propia sexualidad (quinto segmento y respiración) y la identidad sexual (séptimo segmento).

c) Personas que lo solicitan, o determinados casos (como estructuras borderline psicóticas) de necesidad absoluta, tienen a su alcance la posibilidad de realizar su proceso de terapia personal con la *Vegetoterapia Caracteroanalítica*, en la cual los *medios fundamentales* son: **la actuación y el espacio terapéutico** (transfert-contratransfert;

resistencia-carácter y transferencia como resistencia; vínculo terapéutico y maternage; compromiso terapéutico...); **la reproducción con un tiempo y en el espacio terapéutico de «actings» neuromusculares** que facilitan la abreacción emocional; la integración de lo vivido por la libre asociación y la verbalización; **el progresivo y metodológico desbloqueo de los siete segmentos de la coraza muscular**, trabajando primero los segmentos pregenitales (ocular, oral-cervical-torácico) antes de elaborar lo genital (diafragma-pevis) flexibilizando el carácter y fortaleciendo el yo, desarrollando con todo ello, una capacidad orgástica en cuanto consecuencia del proceso de genitalización. Donde se refleja la integración de funciones (Reich, 1944; Serrano, 1984) y la capacidad de pulsación plasmática base del mantenimiento de los parámetros básicos de la salud del individuo. Todo esto a lo largo del número necesario de sesiones individuales combinado con el trabajo en grupo en un momento determinado del análisis. En este trabajo se va cambiando la calidad de la sexualidad, de la relación sexual y de la capacidad de placer. Y como consecuencia la forma y la cantidad. Lo fundamental, es cómo el sujeto va viviendo un proceso en el que reconoce progresivamente su potencialidad de placer, su alegría de vivir y cómo su carácter le ha impedido y le impide actuar funcionalmente y desarrolla mecanismos y formas de relación que en el fondo le son perjudiciales al ir contra su propio ritmo biológico. A partir de ahí, las llamadas disfunciones sexuales desaparecen, pues están fuera de esa lógica. Ya no hay que buscar modelos de actuación sexual, se **VIVE LA PROPIA SEXUALIDAD Y SE SIENTE LA CAPACIDAD PARA BUSCAR LOS MEDIOS QUE PERMITAN SU DESARROLLO. SE VIVE LA CAPACIDAD ORGÁSTICA Y CUANDO SE SIENTE LA NECESIDAD, SE BUSCAN LOS MEDIOS QUE PERMITAN DESARROLLARLO...**

Es nuestra función como *orgonoterapeutas* (terapeutas post-reichianos) con una visión biosocial la de facilitar la recuperación de la Función del Orgasmo y con una visión biosocial, la potencialidad de la propia sexualidad. Por ello, en nuestro trabajo estamos haciendo «Terapia sexual». Pero desde la óptica

multifuncional que he querido exponer en este artículo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NAVARRO F. (1987) *La somatosociodinámica*. Sistemática reichiana de la Patología y de la clínica médica. Edit. Orgón.
- La *alteración biopática*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Valencia, 1988.
- PINUAGA M. (1988). *Estudio de control de Profilaxis orgonómica en la primera infancia*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Valencia, 1988.
- (1988). *La Orgonoterapia prenatal*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Valencia, 1988. Vol. 6, n.º 1.
- REICH, W. (1924). *Sobre la genitalidad desde el punto de vista psicoanalítico*. Traducción al castellano en Biblioteca ES. TE. R.
- (1927). *La función del orgasmo*. Traducción al castellano. idem.
- (1933). *El análisis del carácter*. Edit. Paidós.
- (1934). *Contacto psíquico y corriente vegetativo*. Incluido en el libro «El análisis del carácter» Edit. Paidós.
- (1934). *El orgasmo como descarga electrofisiológica*. Traducción al castellano en Biblioteca ES. TE. R.
- (1936). *Resultados experimentales sobre la sexualidad y la angustia*. Traducción al castellano. idem.
- (1934-36). *La revolución sexual*. Edit. Ruedo Ibérico.
- (1942). *La función del orgasmo*. Primera parte del descubrimiento del Orgón. Edit. Paidós.
- (1948). *La biopatía del cáncer*. Edit. Nueva Visión, 1985.
- (1950). *Desarrollo histórico del funcionalismo orgonómico*. Traducción al castellano, Biblioteca ES. TE. R.
- (1954). *El asesinato de Cristo*. Edit. Bruguera.
- SERRANO, X. (1983). *La psicoterapia desde la perspectiva orgonoterapéutica*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Vol. 1, n.º 2.
- SERRANO, X. (1983). *Orgasmo y carácter genital*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Vol. 1, n.º 1, Valencia.
- (1984). *Estructuración energética corporal. Fases sexuales y vegetoterapia*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Vol. 2, n.º 1.
- (1986). *La Vegetoterapia y las disfunciones sexuales*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Vol. 4, n.º 1 y 2.
- (1987). *La Vegetoterapia caracteroanalítica de la depresión*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Vol. 5, n.º 1 y 2.
- (1987). *Aportaciones de W. Reich y la Orgonomía a la teoría sexual y la terapéutica sexológica*. Apuntes Curso del mismo título. Valencia, 1987.
- (1988). *Perspectivas orgonoterapéuticas de la vida intrauterina*. Rev. «Energía, carácter y sociedad.» Vol. 6, n.º 1.

<sup>1</sup> No corresponde al libro de la Editorial Paidós que fue publicado con el mismo título. Pues éste data de 1942 y es la primera parte del volumen que Reich tituló como «The discovery of the orgone.» Vol. 1. «The function of the orgasm.»

# INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS

Departamento de Formación Continuada — Curso 1989-90

**CURSOS RECONOCIDOS Y AVALADOS POR EL I.C.E. DE LA  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS (MADRID)**

**Excepto Logopedia**

## LOGOPEDIA (2 años)

MATERIAS	PROFESORADO
<b>1º Curso</b> — Fonética — O.R.L. — Evolución del lenguaje — Exploración del lenguaje — Prácticas de audiología	Rosa Balcells Joan Ramon Díaz Anna Romagosa Montserrat Pujol Ramón Almirall Josefa Medina
<b>2º Curso</b> — Neuroanatomía — Neuropsicología — Deficiencia mental — Afasias — Deficiencia auditiva infantil — Parálisis cerebral — Psicosis infantil — Transtornos del lenguaje	Encarna Martín Nuria Pastellé Isabel Rey Eulalia Camos Rafael Villanueva Elisabeth Herrera Carlos Rios

## BIOFEEDBACK

MATERIAS	PROFESORADO
1.— Relación binomio enfermedad-conducta. Registro conductal. 2.— Aplicaciones clínicas del biofeedback: Hiperactividad infantil, insomnio, cefaleas, disfunciones sexuales, hipertensión esencial, dolores, asma, ansiedad, tics.	Gloria Díez Raimon Gaja Xavier Rosique Enric Jané

## EDUCACION ESPECIAL

MATERIAS	PROFESORADO
— Logopedia — Modificación de la conducta — Psicopatología infantil — Integración social de los disminuidos psíquicos — Psicomotricidad — Neurofisiología y Neuropediatría	Raimon Gaja Rosana Royo Pilar Rodríguez Enric Jané Anna Romagosa

## PSICOGERONTOLOGIA

MATERIAS	PROFESORADO
— Psicología del anciano — Patología geriátrica — Reintegración social — Higiene y profilaxis en la 3ª Edad — Sociología de la 3ª Edad	Xavier Cleries Enric Jané Pilar Rodríguez

## TERAPIA CONDUCTA

MATERIAS	PROFESORADO
— Análisis y modificación C. — Métodos terapéuticos — Aplicaciones clínicas (adultos e infantil) — Terapia loguitiva	Raimon Gaja Xavier Pellicer Anton Aluja M.ª José Ruiz Falcó

# AHORA EN VALENCIA

- Clases un Fin de semana al mes en Valencia, con profesorado de Barcelona.
- Información y reserva de matrícula:

**ISEP - Balmes, 32, Pral. 2.ª - Tel. (93) 318 56 70**

### RELACION DE DOCENTES COLABORADORES DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION CONTINUADA DEL I.S.E.P.

**ALMIRALL FERRAN, Ramón:** Psicólogo. Logopeda especialista en deficiencias auditivas. **BALCELLS REY, Rosa:** Licenciada en Filología y en Historia del Arte. **CAMOS GRAU, Eulalia:** Maestra de educación especial del Centro terapéutico Bellaire de Bellaterra (Barcelona). **DÍAZ COPA, Joan Ramón:** Médico. Psicoanalista. **GAJA JAUMEANDREU, Raimon:** Psicólogo por la U.B. Psicólogo Clínico por la Facultad de Medicina de la U.B. Ex-director del Servicio de Psicología Clínica de la Policlínica del Vallés (Granollers). Director del I.S.E.P. **HERRERA GONZÁLEZ, Elisabeth:** Maestra. Pedagoga. Especialista en psicomotricidad y logopedia. **JANE SALAS, Enric:** Médica. **MARTÍN CASTILLEJOS, Encarna:** Psicóloga y pedagoga. Logopeda del Centro de Parálisis Cerebral NADIS (Barcelona). **MEDINA RODRÍGUEZ, Josefa:** Psicóloga. Pedagoga terapeuta. Logopeda especialista en deficiencias auditivas. **PASTALLÉ BURRULL, Nuria:** ATS. Fisioterapeuta. Fisioterapeuta del Centro de Parálisis Cerebral NADIS (Barcelona). **PUJOL SABATÉ, Montserrat:** Médico, especialista en neurología. **REY BAYON, Isabel:** Maestra de educación especial. Logopeda. Logopeda del Centro de Parálisis Cerebral NADIS (Barcelona). **ROMAGOSA HUGUET, Anna:** Psicóloga. Logopeda por el I.S.E.P. **ROYO PLA, Rosana:** Psicóloga. Directora del Área de Psicología escolar en el Gabinete de Psicología Aplicada «SIAP (Barcelona). **VILLANUEVA FERRER, Rafael:** Psicóloga. Logopeda en el Centro Terapéutico Bellaire de Bellaterra (Barcelona). **RIOS, Carlos:** Pedagogo. Logopeda del Centro de Educación especial Barcanova. **LOPEZ, Carme:** Psicóloga, Logopeda del Colegio La Salle Condal.