

**“LOS OJOS, ESAS LENGUAS
SILENCIOSAS DEL AMOR”.¹
EL VÍNCULO PRIMARIO ENTRE LA MADRE
Y EL BEBÉ: LA POSICIÓN OCULAR**

Carles Frigola

In memoriam Henry Ezriel (1904-1985)

*¿Cuál es la cosa más firme de todas?
Aquella que parece ser la más elocuente
Para tus ojos el ver,
Lo que se muestra delante de tus ojos.
Goethe*

*Y en la cosa nunca vista
de tus ojos me he buscado;
en el ver con que me miras.
Antonio Machado*

Introducción

Presentaré la hipótesis clínica de una *posición ocular* anterior a la posición esquizoparanoide. Está fundamentada en investigaciones que hemos realizado durante los últimos veinticinco años psicoanalistas del American College of Orgonomy en Princeton por una parte y, por otra, psicoanalistas del Institute for Orgonomic Science en

¹ *El Quijote*, Parte primera, libro II, cap. 3.

Philadelphia. De estas investigaciones, incluiré material clínico de observación de bebés en las dos y tres primeras semanas de vida postnatal. También me referiré al análisis de una paciente que padecía una esquizofrenia catatónica, e incluiré el relato de una sesión con una paciente con una personalidad esquizoide (límite) tratada en la Tavistock Clinic.

En nuestro país, F. Calvo (1984) comentó los diversos aspectos psicológicos de los ojos y del mirar y las funciones anómalas del aparato visual que atacan el propio órgano perceptivo y la conciencia de la realidad psíquica e impiden el *insight*. Recientemente Steiner (2015) ha vuelto a poner el énfasis en la función ocular y en las diferentes maneras de ver y ser visto cuando el paciente emerge de un repliegue psíquico (resistencias caracterológicas de Reich).

Las observaciones de bebés se realizan desde dos praxis psicoanalíticas diferentes: las relaciones de objeto y la teoría de la pulsión libidinal de Freud. La teoría de las relaciones de objeto de la escuela inglesa, cuyo exponente más visible es la praxis de la Tavistock Clinic, está fundamentada en una cultura profundamente tradicional basada en sus instituciones académicas y científicas seculares con sus tendencias positivistas y empiristas. La teoría de la pulsión libidinal de Freud fue recogida por la escuela neo-freudiana orgonómica americana con su praxis puesta en el *action research* (*transnovación organizativa* = innovación + transformación): *the best way to understand a system is to change it* y con una tradición liberal heredada del Siglo de las Luces. Por ejemplo, el *orgasmo oral* de los bebés lactantes no lo describen los psicoanalistas ingleses en sus observaciones de bebés y en cambio sí lo hacen los psicoanalistas americanos. La ansiedad de caída (*falling anxiety*) en bebés de 3 semanas sí que la describen las dos escuelas. Este tema queda muy explicitado al comparar las observaciones de bebés que realizan W. Reich y la escuela orgonómica americana, con las observaciones de M. Pérez Sánchez y la escuela kleiniana inglesa. Ambas escuelas describen la ansiedad de caída (*falling anxiety*) en sus observaciones (Reich, 1948; Pérez Sánchez, 1991). A mi entender, la praxis clínica de O. Kernberg, que sigue la huella de W. Reich, lograría integrar con éxito la teoría de las relaciones de objeto con la teoría pulsional de Freud al incluir los aspectos motivacionales de la agresión humana como pulsión libidinal. Este autor sugiere la

existencia de una *fase autista* al comienzo de la vida con representaciones indiferenciadas entre el *self* y el objeto (Kernberg, 1991).

La teoría kleiniana considera que en el estadio psicosexual oral podría darse una introyección ocular del objeto en el sentido que le dio Ferenzi. Sin embargo, algunas hipótesis psicoanalíticas no avanzan más allá de una introyección ocular voraz, un control ocular del objeto o de los ataques al propio aparato perceptual en el comienzo de la vida (Bion, 1967; Calvo, 1984), pero no aportan investigaciones empíricas que confirmen la existencia de una *posición libidinal ocular diferenciada*, propiamente dicha. Bick y Meltzer intuyeron que existiría en el bebé una vida psíquica *anterior* a la experiencia emocional de la posición esquizoparanoide en sus trabajos sobre la observación de bebés y dejaron abierto el camino para futuras investigaciones (Bick, 1964; Meltzer, 1974).

Diversos autores han descrito un instinto parcial ocular en la infancia (*shaulust*, escoptofilia, instinto epistemofílico) que podría derivar hacia el afecto de la vergüenza (Freud, 1911; Calvo, 1984; Fenichel, 2008; Lacan 2007). En Norteamérica, los psicoanalistas orgonomistas han señalado un *estadio psicosexual ocular* que sería independiente y que precedería o sería simultáneo al estadio psicosexual oral. También observaron que *el segmento ocular* (un metámero diferenciado en medicina embriológica con sus funciones sensitivas- sensoriales receptoras e integradoras) podría funcionar independiente o de manera coordinada con el segmento oral (otro metámero embriológico diferenciado con diferentes funciones sensitivas-sensoriales receptoras e integradoras) (Reich, 1948; Baker, E., 1964; Baker, C., 2014).

Investigaciones recientes han demostrado que la mirada como pulsión libidinal y los ojos (el segmento ocular como metámero) podrían ser traumatizados ya en las dos o tres primeras semanas de vida postnatal por la ausencia u hostilidad del objeto contenedor: la mirada de la madre. Personalmente he supervisado a un grupo de enfermeras que trabajaban en un servicio de neonatología de un hospital general y que tenían la oportunidad de observar a recién nacidos en los tres primeros días de vida postnatal, cuyas madres –aturdidas con medicamentos y sin una contención emocional por parte de la familia– *abandonaban ocularmente* a sus bebés. Se desentendían de los bebés. Existe una

gran cantidad de literatura psicoanalítica que corrobora este hecho traumático (Goldfard, 1964; Ayers, 2004; Baker, 1989, 2014; Frigola, 2011, 2015, 1916).

Mi hipótesis de trabajo sugiere que el estadio psicosexual ocular con su pulsión libidinal correspondiente, añadido al segmento ocular como metámero embriológico diferenciado, constituiría una *posición ocular* propiamente dicha. Esta *posición libidinal ocular* –separada del estadio libidinal oral / segmento o metámero oral– solo se puede observar durante las tres primeras semanas de vida postnatal. Durante este breve periodo de tiempo, el bebé solo siente los *objetos-sensación*, pero todavía no los percibe y, por lo tanto, no existiría todavía una integración somato-sensorial y psíquica. No habría una diferenciación entre el *self* y el objeto. Los teóricos de las relaciones de objeto han corroborado también este hecho clínico (Tustin, 1981; Coromines, 1984).

En la posición esquizoparanoide ya existe un objeto separado del *self*. En la posición ocular el *self* y el objeto todavía no se han diferenciado libidinalmente. Creemos que para esta diferenciación el bebé demanda, porque la necesita, la mirada contenedora de la madre. *Nuestra hipótesis clínica es que la posición ocular –los ojos como metámero diferenciado y la mirada como pulsión libidinal– daría entrada a la posición esquizoparanoide al integrar satisfactoriamente esta indiferenciación entre el self y el objeto.*

Los psicoanalistas orgonomistas consideramos que la posición ocular jugaría un papel de primer orden en la génesis de ciertas clases de autismo y en la esquizofrenia. El niño autista *siente* el objeto-sensación, pero no lo *percibe* y, por lo tanto, no puede iniciar procesos de simbolización. Esta imposibilidad de integrar *la sensación organísmica*: táctil, visual, auditiva, olfativa y gustativa o *el objeto-sensación* –como la denomina J. Coromines (1991)– con su percepción psíquica correspondiente (cognición) pensamos que puede ocurrir ya en las dos o tres primeras semanas de vida postnatal. La traumatización ocular primigenia impediría que esta excitación organísmica pudiera ser reconocida (percibida) como separada del propio cuerpo (organismo) del bebé.

Vulnerables a la mirada

El texto inédito que cito a continuación enfatiza la importancia del trauma ocular primario y la consecuente imposibilidad de integrar la excitación libidinal somática orgánica o el objeto–sensación, con la percepción psíquica correspondiente debido a la ausencia (*nothingness*) del objeto contenedor y señala el papel central que juega en la génesis de la esquizofrenia.

“Cuando el esquizofrénico se rompe, no se rompe por primera vez. Ha tenido una grieta ya desde el mismo comienzo. Algo no ha ido bien en el proceso de separación entre el *self* y el mundo externo. ¿Puede uno imaginar que tal cosa haya sucedido a un bebé de dos o tres semanas, justo en el momento de la integración *self*-objeto, cuando es severamente traumatizado? El bebé trata de empujar y compartir su necesidad libidinal hacia fuera y encuentra que nada hay allí. Es decir, nada de nada (*nothingness*). No hay ningún contacto (...) el bebé todavía es incapaz de formar su armadura protectora. Solo puede expresar rabia, una agresividad destructiva. Si existe esta falta de intercambio con las diferentes funciones básicas (de apego) algo está empezando a suceder en los ojos. Los ojos no pueden consentir tal catástrofe. El organismo total del bebé reusa, por así decirlo, el incluir los ojos en la función total perceptiva, como si el terror estuviera conectado a ello. Así que existe terror en los ojos. La base del cerebro no puede tolerar tal catástrofe. Así se produce la grieta. La disociación o grieta del esquizofrénico está centrada en la cabeza, especialmente en dos regiones. Una son los ojos que están conectados con la base del cerebro a través del nervio óptico y la otra es la boca. Impulsos destructivos aparecen y se expresan en los ojos. El bebé puede tener en un momento unos ojos claros y transparentes y entonces, de súbito, el terror aparece reflejado en su mirada” (Reich inédito, 1946, Archivos WRIT)².

² La traducción del inglés es del autor.

Esta ausencia trágica, catastrófica y devastadora de la contención del objeto-sensación en el núcleo del *self* durante la posición ocular la veremos reflejada en el análisis de una paciente diagnosticada de esquizofrenia catatónica y en el trabajo del analista como objeto contenedor. Esta ausencia catastrófica también la comparten Fairbairn y Winnicott con su concepto de *nothingness* y *emptiness* (Winnicott, 1965).

“Al mismo tiempo se produce un procedimiento peligroso para el niño cuando expresa la necesidad libidinal, es decir, su amor naciente por la madre, dado que la madre puede rechazarlo. Esto equivale a descargar su libido dentro de un vacío emocional. Tal descarga va acompañada de una experiencia afectiva que es especialmente devastadora” (Fairbairn, 1944).

La *posición ocular* estudiada por Reich sería una fase de autismo normal al comienzo de la vida, como señaló también Mahler, pero su existencia ha sido discutida (Mahler, 1952). A su vez, ha servido de base teórica a una amplia escuela americana de psicoanálisis que ha estudiado la psicosis. Dice Júlia Coromines (1991) al respecto:

“Si Mahler en vez de un autismo inicial hablara de una etapa autística coexistiendo con núcleos de relaciones de objeto sería más aceptable. Con Tustin, calificamos la etapa inicial del desarrollo del niño de auto sensorial, pero añadimos que nuestra creencia es que en general coexisten desde el comienzo de la vida con las relaciones de objeto”.

E. Erickson cree que el bebé, a través de la mirada, empieza a experimentar el mundo extrauterino como un lugar seguro, con un primitivo sentimiento de confianza en la madre como representante del mundo. Llamó a esta confianza *the basic trust*: “el bebé no solamente chupa y traga los objetos que se pone en la boca, sino que absorbe con los ojos aquello que entra en su campo visual” (Erickson, citado por Coromines, 1984).

Nosotros pensamos que, a través de la *posición ocular*, el bebé comienza a *insertarse* en el espacio extrauterino adecuadamente, experimentando un placer expansivo a través de la curiosidad instintiva (*schaulust* de Freud, *augenlicht* de Abraham), y

respondiendo así a las miradas contenedoras de la madre. Esta contención ocular favorece gradualmente la creación de una coraza muscular o armadura caracterológica –una segunda piel mental– que a la vez lo aísla, lo preserva y lo protege del mundo extrauterino (Reich, 1948; Bick, 1964; Stern, 1974; Erickson, 2000; Frigola, 2011).

Reich (1948) y Baker (1967) hablan de una hipotética *posición ocular* como una posición de la libido en el sentido de M. Klein, con sus constelaciones específicas de relaciones de objeto, ansiedades y defensas. Otros autores han descrito también esta posición libidinal. Bick (1968) y Meltzer (1974) señalaron que existiría una experiencia humana más primitiva que la posición esquizoparanoide. Ogden (1983) habla de una *posición autística contigua* y Marcelli (1983) habla también de una *posición autística* como posición sensitivo-sensorial intrapersonal o auto sensorial al comienzo de la vida. *La posición ocular* precedería a la posición esquizoparanoide elaborada por Klein (1946) donde ya existe una escisión entre los objetos buenos y malos. Es decir, ya existe un objeto que puede ser escindido. En *la posición ocular* el *self* y el objeto no se han diferenciado todavía. Esto es debido a que la excitación libidinal somática (organísmica), o el objeto-sensación, como la llama J. Coromines, no puede integrarse todavía con la percepción psíquica (cognición).

El yo es corporal y sensitivo-sensorial. Reich (1948) y Klein (1952) pensaban que, en el principio de la vida, el núcleo del *self* es sensorial. Incluso en la etapa intrauterina, el feto responde a estímulos sensoriales, tal y como se ha investigado a través de las ecografías (Piontelli, 1987). La integración de la percepción psíquica de las propias auto sensaciones es un proceso que comienza inmediatamente después del parto y que requiere la presencia de la madre o de otros significativos (objetos contenedores) que ayuden al bebé en el proceso de integrar las sensaciones con las percepciones y que correspondería a la función alfa de la madre (Bion 1957).

Un relato clínico. Procrastinación en una esquizofrenia catatónica

Una joven de 32 años trabajaba en un negocio familiar. Había perdido casi todos los trabajos conseguidos con anterioridad debido a que siempre llegaba tarde a ellos. Este hecho ocurría a pesar de todos los empeños e inteligencia que ponía en todas las tareas que realizaba. Finalmente, los miembros de su familia, desesperados, se hicieron cargo de ella. Le dieron un pequeño apartamento dentro del edificio de la compañía que regentaba la familia y también un lugar de trabajo. Vivía en su trabajo y el hecho de llegar siempre tarde dejó de ser un problema.

Había estado en psicoterapia psicoanalítica con un joven médico, analista en su primer año de formación, el Dr. R, que había conseguido mejorar su estado general durante los primeros meses de tratamiento. Sin embargo, la paciente llegaba siempre tarde a las sesiones, perdiendo casi 20 minutos en cada sesión. El Dr. R pensó que llegaba tarde porque no toleraba la totalidad de la sesión y que había algo *inconsciente* que la hacía llegar siempre tarde y que parecía ser una fuerte resistencia al tratamiento. Sin ser consciente de su contratransferencia, decidió estructurar las sesiones, haciéndolas más cortas. La paciente experimentó este hecho como un castigo y en cada sesión se fue retirando cada vez más. Fue disminuyendo su implicación en el trabajo y deteniendo su funcionamiento social. Estaba muy confundida. En este intervalo del tratamiento fue seducida por un excéntrico hombre, mayor que ella, que le propuso algunos encuentros sexuales que la paciente vivió como repugnantes.

Se dejaba ver solo cinco minutos antes de terminar cada sesión e incluso algunos minutos después de la sesión. Debido a la imposibilidad de manejar la situación que el Dr. R había creado con su contratransferencia por un mal manejo de una identificación proyectiva complementaria, éste derivó la paciente al Dr. Harman, un psicoanalista orgonomista didacta del American College of Orgonomy (ACO). Este caso clínico fue presentado en el Encuentro anual de la ACO.

Cuando la paciente entró por primera vez en la consulta del Dr. Harman parecía un ratoncito tembloroso. Una vez en el diván a la paciente le era difícil pensar, hablar o moverse. A veces su pensamiento se desorganizaba, pronunciaba frases inconexas. Cuando se le preguntó por qué llegaba siempre tarde a las sesiones, dijo simplemente: “No hay

ninguna razón. No tengo excusa. Es algo que está dentro de mí”.

Su persistente inmovilización inicial cedía y entonces aparecía una excitación libidinal en su cuerpo y era capaz de expresarse claramente durante un minuto o dos. En estos momentos hablaba de sus limitaciones, de aspectos de su vida cotidiana con un destello en su mirada, con sentido común y con un toque de humor vulgar. Después de estos *estallidos*, como la paciente los llamaba, se volvía taciturna, con auto desprecio y pensaba entonces que el analista se habría dado cuenta de lo *ida* que ella estaba.

El analista le dijo que este no era el caso, que le alegraba escuchar lo que ella decía. La paciente apreciaba genuinamente su franqueza y amabilidad, pero dudaba si lo que le había dicho era sincero o no. Cuando el analista le reaseguró este hecho, sus ojos se volvieron más comunicativos y dijo con un escepticismo sano y natural: “¡Oh yeah, sure!”.

En la historia clínica de la paciente no había delirios ni alucinaciones. El hecho más notable era que siempre evitaba mirar al analista. Su voz y expresión facial no revelaban ninguna emoción (bloqueo afectivo). Daba la impresión de tener mucho miedo, no por la expresión directa, sino por su inmovilización y timidez. Sus ojos eran brillantes, pero el movimiento era perezoso. La respiración estaba muy disminuida. En el diván estaba siempre muy rígida.

La paciente estaba cooperando, pero siempre llegaba tarde a las sesiones. Nunca daba excusas, ni culpaba a nadie por este hecho, como a menudo hacen algunos pacientes con neurosis. Simplemente reconocía que era su propio problema e insistía en que pagaba por la sesión. El tratamiento significaba mucho para ella y apreciada la ayuda del analista, no importaba lo corta que pudiera ser la sesión.

Después de algunos meses las circunstancias de llegar siempre tarde se hicieron un poco más claras. En el momento de abandonar su casa para asistir a la sesión, de una manera inexplicable, se daba cuenta de que “no estaba preparada para irse” hasta que, por ejemplo, hubiera lavado primero los platos. Cuando comenzaba a lavarlos, se daba cuenta que “no estaba preparada para hacerlo” hasta que hubiera limpiado primero el fregadero. Estas acciones parecían inevitables para ella y no era consciente de las emociones que la acompañaban. Sesión tras sesión el analista no interpretó estos síntomas, con el fin de

conducirla lo suficientemente cerca como para conocer los detalles que estaban sucediendo en su mente cuando ella trataba de abandonar su casa para ir a las sesiones. El esfuerzo de la paciente para traer este material al análisis era considerable. En todas las sesiones persistía tenazmente en sus esfuerzos para cooperar con el analista.

Al año de análisis empezaron a emerger los acontecimientos que vivió en su infancia. Sus padres eran unos misioneros evangelistas que llegaron a Corea del Sur después de la Segunda Guerra Mundial. Sus primeros cuatro años los vivió con su familia en medio de la devastación causada por la guerra cuando los norcoreanos invadieron el sur. Cuando tenía seis años su familia decidió regresar a EUA. Vivían en un vecindario de una populosa ciudad industrial. Sus padres, a pesar de ocupar puestos de responsabilidad social y evangélica en la comunidad, en casa se comportaban de una manera sádica con ella. Recibió diversas palizas, tanto ella como sus hermanos. A veces, la madre la golpeaba con un palo. En una ocasión le produjo una herida en la cabeza que sangraba mucho y la llevaron a un médico, amigo del padre. El médico la trató con delicadeza, pero la paciente no entendió el por qué escondía el comportamiento tan cruel de sus padres. La paciente no podía entender tampoco la expresión sádica de placer cuando la madre golpeaba a sus hermanos. Esta discrepancia entre el comportamiento social de sus padres como pilares morales de la comunidad y la manera como abusaban de ella dentro del hogar produjo en la paciente un sentimiento de no ser comprendida o de ser considerada una persona con poca credibilidad.

Las palizas de la madre le produjeron una timidez exagerada (como un retraimiento) y una incapacidad para defenderse. Ahora, ya como adulta, con su incapacidad de recordar estos hechos traumáticos o siquiera de comentarlos, la fueron convirtiendo en una persona muy retraída e incapaz de participar en la escena social, impidiéndole disfrutar de lo que la vida podía ofrecerle.

Avanzado el análisis su pensamiento se volvió más claro y fue capaz de explicar detalladamente los actos penosos que tenía que realizar antes de marcharse cada mañana de su casa. La paciente concluía: “no estaba preparada”. Cualquier interpretación de este hecho no hubiera tenido ningún sentido para la paciente. Sin embargo, en la medida en

que se comentaba en las sesiones, fue sintiéndose más animada. Al cabo de algunos meses, algo en su interior le resonó y dijo en una sesión: “es que estaba muy amedrentada”.

A partir de aquí fue posible, cada vez con un mayor esfuerzo por su parte, entrar *en contacto real* con su intenso terror y como las reacciones a este terror le causaban tantas dificultades en la vida. Sin embargo, su pensamiento se bloqueaba otra vez o cambiaba de tema o empezaba a rumiar en cualquier mínimo detalle, hasta tal punto, que lo que terminaba diciendo en la sesión era totalmente ininteligible. Este hecho ocurría debido a que, cuando la paciente empezaba a sentir una emoción (afecto) comenzaba a tener miedo que el analista estuviera en desacuerdo con ella y con sus emociones.

Esto le llevaba a imaginar que, a partir de aquí, ya podría empezar a mostrar toda la agresión y el odio que sentía en la sesión, lo que produciría que el analista se enfadase con ella. Finalmente, ella explotaría de odio frente al analista, éste la castigaría, la despediría del análisis y nunca más se lo perdonaría.

A medida que podía comunicar libremente estas fantasías agresivas al analista, la paciente empezó a sentirse más libre de sentir y de tolerar el intenso terror y las molestias que todos los recuerdos traumáticos le causaban. Al tiempo que aumentaba la tolerancia a estas emociones, fue capaz ya de comunicar sus pensamientos de una manera más clara. En algunas sesiones se atrevía a comunicar como realmente *se percibía a sí misma*. Al hablar libremente y observar que nada ocurría en la relación analítica y que todo era comprendido (contenido) sin que la relación se deteriorara, la paciente fue abriéndose progresivamente a su mundo emocional, tan traumático. Sin embargo, la confianza que estableció con el analista nunca fue del todo completa debido a sus dudas. Siempre había una ligera incertidumbre sobre si éste había comprendido realmente lo que la paciente le expresaba o si éste escondía algún resentimiento o tenía una opinión muy baja sobre ella por lo que le había comunicado o expresado. Estas dudas eran todavía más fuertes a medida que el material analítico era más claro y profundo. Cualquier movimiento hacia delante estaba coloreado de dudas.

Diagnóstico caracterológico versus diagnóstico sintomático

Las dudas eran una poderosa resistencia trasferencial. Pero también un mecanismo de defensa caracterológico contra otra resistencia más profunda e inconsciente de primer orden; al tiempo que una sutil invitación al analista a interpretar esta resistencia tan bien establecida, conduciendo probablemente a la paciente a un posible repliegue psíquico (Steiner, 1991) o a un probable aumento iatrogénico de las resistencias caracterológicas (Coderch, 1995). Un error que el Dr. R cometió al principio con la paciente al no saber *contener* esta resistencia transferencial y que el Dr. Harman no repitió. El diagnóstico que se planteó al inicio del tratamiento fue que la paciente padecía una esquizofrenia catatónica. La razón para este diagnóstico nos lleva a comentar unos hechos clínicos publicados en la tercera edición del *Análisis del carácter* (Reich, 1948; Harman, 1989).

Según el modelo hidráulico de Reich, existirían tres niveles en la estructura caracterológica humana: 1) La *fachada social* externa con la cual la persona se presenta al mundo. En este nivel actúa parte del ideal del yo. Es el lugar de la ética y la moral. 2) El *nivel medio o secundario*, es el que contiene todas las fuerzas destructivas del ser humano: el odio contra la vida, los impulsos asesinos y la peste o la plaga emocional de la humanidad. En este nivel se encontraría el instinto de muerte de Freud, el superyó y los precursores orales sádicos del superyó. 3) En el *nivel profundo* se encuentra el *núcleo biofísico del self* que se expresa en la etapa final del análisis del carácter, cuando la coraza caracterológica ha sido totalmente disuelta. Este *núcleo primario* es el responsable del avance de la humanidad: “la llama que nunca se apaga”, como escribió Popper (1962). Este núcleo primario es también el responsable de la construcción de un mundo mejor y más justo, el cual deberemos entregar a las generaciones futuras. En este nivel actúa también el *ideal del yo*. Este núcleo biológico de Reich correspondería al instinto primario *altruista* de la psicología del *self*. No se trata, pues, de un instinto secundario aprendido a través de la cultura, sino de un instinto primario. Este núcleo sería el pequeño terrón de azúcar en el núcleo oscuro y animal del hombre, como dijo en varias ocasiones Freud. Como vemos, el ideal del yo y el superyó se encuentran en diferentes niveles en la estructura

caracterológica, según el modelo hidráulico de Reich (Frigola, 2015).

Al nivel nuclear podíamos llamarlo también *la naturaleza* del individuo. Incluye tanto las funciones psíquicas como las funciones somáticas expresivas. El nivel secundario se refiere al *carácter* del individuo, mientras que la fachada social es el lugar de la *personalidad*. Carácter proviene de *kharesien* o marcar con un hierro o signo. Personalidad deriva del etrusco *phersu* o máscara que utilizaban los actores en los antiguos dramas helénicos. Incluso las expresiones vernáculas son diferentes: “tiene mucha personalidad” (cantidad) o “tiene un fuerte carácter” (cualidad). *El carácter* posee un fundamento más profundo y sólido de la función humana y es también una expresión del *self* nuclear. S. Corey (1989) se refiere al *carácter ético*, que posee las cualidades positivas como la integridad, la humildad, la fidelidad, el coraje, la templanza, la justicia, la paciencia, la simplicidad y la modestia como las reglas de oro. Por el contrario, la *personalidad ética* se refiere a la imagen pública o aquellas actitudes o conductas, técnicas o habilidades, que lubrican el proceso de la interacción humana. Esta personalidad ética tendría dos componentes: las relaciones humanas y públicas y las actitudes mentales asociadas a éstas. Si tuviera que dar un ejemplo del nivel nuclear de la estructura caracterológica del ser humano citaría a John Adams, segundo presidente y uno de los padres de la nación, que redactó la constitución de Norteamérica: “El momento más adecuado para influir en el carácter de un niño es cien años antes de que nazca”.

Volviendo al diagnóstico de la paciente, podríamos argumentar que los síntomas de aislamiento social, el bloqueo del pensamiento y de los afectos, y su llegar siempre tarde a las sesiones, eran manifestaciones de la inmovilización catatónica en respuesta a la excitabilidad libidinal sana (sexual y agresiva) del *self* nuclear. El enfoque del tratamiento que se planteó fue ayudar a la paciente a tolerar niveles cada vez más altos de excitabilidad libidinal, incluida la agresividad natural hacia el analista, sin que su organismo tuviera que contraerse y volverse catatónica. Esto fue posible al capacitar a la paciente en:

- 1) Tomar decisiones para realizar aquellas tareas que le excitaban libidinalmente (que para la paciente eran actividades creativas y constructivas) y no permitir que las dudas la inmovilizaran.
- 2) Apoyándola persistentemente para que se mantuviera en contacto con todas las emociones que surgían en el análisis, sin perder la neutralidad por parte del analista.
- 3) Permitiéndole tolerar niveles cada vez más altos de excitabilidad libidinal, incluida la sexualidad y la agresividad naturales y observando que el analista podía tolerar también su excitación sexual y agresividad. Esto produjo un sentimiento de confianza que seguía a los períodos de dudas. También podemos pensar hasta qué punto la paciente podía observar y experimentar las reacciones contratransferenciales del analista como “emociones reales contenedoras”.
- 4) Aclarando sus dudas (no interpretándolas). De esta manera se le permitía el poder observar y experimentar claramente cualquier situación que apareciera en la transferencia, a pesar de su ansiedad y pensando claramente sobre ello hasta que la paciente fuera capaz, ya sin ambivalencia, de creer que lo que estaba observando y experimentando en las sesiones con el analista eran realmente emociones auténticas.

A través de los años de análisis, la paciente pudo realizar progresos lentos, pero ya definitivos, al permitirse luchar para alcanzar ambiciones realistas con futuro: conseguir el diploma de bachillerato superior, aprender a conducir y tener su propio coche. Había momentos en que la paciente llegaba puntual a las sesiones. Con cada nuevo avance en el análisis y en su funcionamiento general el llegar tarde a su cita reaparecía como síntoma. La tenacidad recalcitrante de este síntoma era sorprendente. Pero mucho más impresionante para el analista era el esfuerzo de la paciente para superar el problema. No importaban los altibajos que experimentaba, no importaban el tiempo que duraran, no importaban el desespero que aparecía. Su persistencia de asistir a las sesiones jamás se desvaneció.

Los ataques furiosos de sus padres a nivel familiar y su aceptación por parte de sus allegados como “normales”, al ser considerados aquéllos como pilares éticos y morales de

la comunidad, hicieron difícil a la paciente el que pudiera mantener su propio punto de vista. La única manera de hacerlo fue inmovilizando sus pensamientos y lo hizo adoptando una actitud de duda permanente sobre todo lo que le rodeaba. De esta manera su persistencia nuclear sana, que fue su mayor fuerza interior, se volvió contra ella y fue la causante de todos sus síntomas.

Esta persistencia de asistir a todas las sesiones era claramente una cualidad del *self* nuclear, un elemento esencial de su naturaleza: el núcleo biofísico sano de su estructura caracterológica. La perseverancia del síntoma –llegar tarde a las sesiones– que algunos interpretaron como obstinación y tozudez y que a su familia, sus amigos y al Dr. R les llevó a abandonarla (retraumatización), era solamente una expresión distorsionada secundaria del núcleo del *self* sano, profundamente anclado en su naturaleza. Esta persistencia nuclear básica era mucho más profunda y fuerte que sus síntomas. El análisis caracterológico de la paciente duró muchos años, pero le llevó a expresar finalmente esta cualidad sana del *self* nuclear.

La confianza del analista con su paciente y su buen criterio diagnóstico, –confianza de la que la paciente dudaba constantemente– le llevaron a mejorar muy lentamente, pero de forma progresiva. Por ejemplo, tardó más de cinco años en obtener el permiso de conducir mientras estuvo en análisis. El progreso fue muy lento pero su persistencia nunca se desvaneció. La paciente triunfó en el análisis, a pesar de sus constantes dudas, multitud de altibajos durante el tratamiento y de los comentarios negativos de su familia.

Por circunstancias extra transferenciales, la paciente tuvo que cambiar de domicilio y alejarse de la consulta del analista. El viaje ahora era más largo y más difícil. Tuvo que hacer nuevas rutas de desplazamiento, creándose nuevas circunstancias en las cuales sus dudas podían sabotear sus esfuerzos para asistir a las sesiones con suficiente tiempo. Incluso en alguna ocasión marchó de su casa tan tarde que la paciente estaba segura que perdería la totalidad de la sesión. Sin embargo, hizo todo el viaje de ida y de vuelta para asistir a los pocos minutos que le quedaban de sesión y hacer un uso terapéutico y aceptar el apoyo y la perspectiva que el analista le podía ofrecer. Otras veces venía tan tarde que el analista ya estaba con otro paciente. Cuando esto sucedía, se lo hacía saber y aprovechaba

el viaje de vuelta hacia su casa como un ejercicio terapéutico, superando la ansiedad e iniciando y estableciendo conversaciones con otros viajeros tanto en el tren como con el autobús. Ella hablaba de estas experiencias en la próxima sesión o llamaba al analista por teléfono aquel mismo día.

Hacia el final del análisis del carácter la paciente se independizó de los miembros de su familia. Había ahorrado suficiente dinero para continuar los estudios superiores y formó nuevas conexiones sociales, afirmando sus actividades del día a día de acuerdo con su potencial y sus capacidades y construyendo un futuro mejor (Harman, 1989).

El bloqueo ocular como resistencia caracterológica de primer orden

El relato presentado ilustra la importancia de realizar un buen diagnóstico caracterológico (no sintomático). Y la alianza terapéutica que el analista establece con los elementos sanos y nucleares (no psicóticos) de la estructura caracterológica del paciente (Katan, 1954). Este contacto empático con el aspecto nuclear del *self* por parte del analista capacitó a la paciente para enfrentarse a su confusión (armadura ocular) y disolverla. A pesar de la constante traumatización que sufrió en la infancia y en la adolescencia, y después como adulta al ser abandonada, la paciente nunca perdió el contacto con su decencia nuclear y con la fuerza de la vida que estaba dentro de ella. Por esta razón, pienso que hubiera sido un error interpretar el síntoma de llegar tarde a las sesiones o las dudas desde el punto de vista tradicional, como defensas orales, anales o fálicas. Posiblemente hubieran conducido a la paciente a un repliegue psíquico; es decir, a un aumento iatrogénico de sus defensas caracterológicas (Coderch, 1995). Estos síntomas de la paciente no eran la expresión de resistencias caracterológicas superficiales sino la expresión de un *bloqueo ocular* mucho más primigenio. Y, como veremos más adelante, este bloqueo libidinal ocular es el nudo gordiano de la esquizofrenia.

Los psicoanalistas orgonomistas pensamos que en la esquizofrenia la excitabilidad libidinal somática (el objeto-sensación) y la percepción psíquica de esta excitabilidad están

intactas, pero recorren caminos separados: hay una falta de contacto entre ambas. Esta separación o *splitting* está causada por una severa contracción orgánsmica (armadura caracterológica) en el segmento ocular, incluido el órgano del cerebro y el nervio óptico, que es el mayor trauma emocional que puede ocurrirle al organismo humano y que puede suceder a las tres primeras semanas de vida postnatal. La armadura ocular y la consecuente disociación entre la excitación libidinal somática (el objeto-sensación) y la percepción psíquica de esta excitación (cognición) es la base biofísica de la despersonalización de la esquizofrenia y de sus proyecciones delirantes.

Cuando en el análisis del carácter, las emociones bloqueadas en y desde el nivel secundario de la estructura caracterológica (los aspectos motivacionales de la agresión humana: el odio, la rabia, el terror, etc.) pueden ser expresadas a través del segmento ocular en la transferencia (el sí mismo nuclear), entonces las funciones perceptuales y las excitaciones somáticas libidinales (los objetos-sensación), proyectadas en el analista, pueden ser integradas de nuevo. El trabajo del analista es ayudar al paciente a integrar el *self* con los objetos-sensaciones del *self*. Los síntomas psíquicos que presenta el paciente esquizofrénico son solamente los aspectos superficiales (observados desde la fachada social) de una alteración más profunda del funcionamiento energético libidinal unitario: la importancia del bloqueo ocular primigenio y la consecuente escisión entre el *self* y el objeto.

Hablando en términos analíticos usuales, podríamos preguntarnos en esta paciente qué resistencias caracterológicas deberían interpretarse primero y en qué orden:

- a) El síntoma recalcitrante de llegar siempre tarde a las sesiones, que el Dr. R ya no pudo manejar o contener debido a su contratransferencia.
- b) Las dudas y los rituales compulsivos que inmovilizaban a la paciente hasta la catatonía y que se encontraban detrás de la anterior defensa.
- c) El intenso terror mucho más profundo todavía que sentía la paciente de comunicar las primeras experiencias traumáticas al analista.
- d) La excitabilidad libidinal expresada en la profunda agresividad (el odio, la rabia, la

envidia, etc.) hacia la figura del analista como representante del objeto.

e) El apoyar la persistencia al análisis desde el segmento nuclear sano del *self* de la paciente.

Kernberg (1987) comenta al respecto:

“El enfoque que yo sugiero difiere de la insistencia de Wilhelm Reich (1933) de que las resistencias de la transferencia ancladas en el carácter siempre se interpretan primero. También difiere en la importancia de Gill (1980) de que siempre se da a la transferencia la prioridad más alta para la interpretación; hay veces, cuando la carga afectiva está en lo más alto en problemas extra transferenciales o en la exploración del paciente de aspectos de su pasado (...) Aquí, en mi opinión, una actitud de “esperar y ver” es preferible a la posición exclusivamente topográfica del centrarse sobre lo que en el material está más próximo a la consciencia”.

Esta actitud la comparte también Coderch (1991):

“Una vez detectada una determinada resistencia, surge la cuestión de si debe confrontarse al paciente con ella. (...) En mi opinión, si el paciente no se encuentra en condiciones de *percibir* la resistencia, el hecho de mostrárselo directamente más bien suele dar lugar a que se reafirme en ella y acumule argumentos que hacen más difícil su ulterior comprensión. Pese a la actitud técnica que mantiene la necesidad de confrontar al paciente con la resistencia es respetable y practicada por un gran número de analistas, yo personalmente no soy partidario de mostrar al paciente que está resistiendo”.

La comprensión correcta de la estructura del carácter del paciente permite el desarrollo de una relación transferencial constructiva entre éste y el analista. Por ejemplo, en una estructura narcisista de la personalidad, permitir que el paciente adopte una actitud de control sobre su análisis le aumentaría todavía más su narcisismo y su desprecio (inconsciente) hacia el analista. El paciente narcisista trata de evitar la separación realista

entre el *self* y el objeto. No quiere ver al analista. En contraste, con el paciente esquizofrénico el analista no debería arrebatarse el control de la sesión, ya que si esto sucediera se sentiría incomprendido y muy inseguro en el diván. En este caso, empezaría a sentir pánico y aumentaría todavía más la escisión entre la excitación libidinal y la percepción psíquica y la consecuente confusión entre el *self* y el objeto y se retiraría emocionalmente del analista y del análisis. Esto sucedió con el Dr. R, que no supo manejar correctamente la contratransferencia y le arrebató a la paciente el control del análisis.

Con los pacientes psicóticos, el analista puede moverse y circular libremente usando su contratransferencia desde una posición analítica activa a una posición de pasividad. En ambos casos, mediante un contacto ocular empático con el *self* nuclear del paciente y con *la autoridad analítica* que deriva de la comprensión de la estructura caracterológica y las resistencias en la transferencia ancladas en el carácter y su correcta aplicación técnica. Por ejemplo, en el paciente con un trastorno narcisista de la personalidad, *la autoridad* del analista se establece, entre otras cosas, no permitiendo que el paciente tome el control del análisis y conduzca al analista o al análisis a un callejón sin salida o a un *impasse*. Recordemos que el paciente narcisista no ve el objeto ni quiere ver al analista. Por el contrario, con el paciente esquizofrénico, *la autoridad analítica* se basa en la comprensión –a través de la contratransferencia– de la naturaleza del terror abrumador a la excitabilidad libidinal: aceptando la agresividad sana de los objetos del *self* proyectada hacia él, así como el pánico que siente el paciente a ser destruido por las interpretaciones del analista que no vayan dirigidas directamente al *self nuclear*, que es el único lugar donde el esquizofrénico puede integrar los objetos–sensaciones del *self*. Nosotros decimos que los pacientes psicóticos deben analizarse como si estuvieran en “cuidados intensivos”.

El self nuclear y su relación con el trauma de los órganos sensoriales. Antecedentes en Freud y Bion

Para argumentar la hipótesis clínica que expongo en este artículo y que relaciona y vincula

la posición ocular con la psicosis, al no poder el paciente integrar el objeto-sensación con la percepción psíquica correspondiente, me gustaría citar dos trabajos seminales. Uno del propio Freud, de 1911, *Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento mental* y otro de Bion, de 1953, *Lenguaje y esquizofrenia*. Los dos trabajos se refieren al conflicto del paciente psicótico entre el yo y su ambiente (mundo externo) *y su relación con los órganos sensoriales*. Dice Freud (1911) al respecto:

“La incrementada significación de la realidad exterior aumentó también el significado de los órganos de los sentidos dirigidos hacia este mundo externo, y de la consciencia adscrita a ellos; recientemente aprendió a incluir las cualidades sensoriales además de las cualidades de “placer” y “dolor” que hasta este momento habían sido las únicas de su interés”.

Bion (1953) elabora este concepto original de Freud y añade en su artículo:

“Una de mis tesis será que el conflicto con la realidad (...) lleva al paciente psicótico a desarrollos que hacen dudoso que haya nunca aprendido a incluir las cualidades sensoriales además de las cualidades de “placer” y “dolor”. El paciente o el ello del paciente ha dirigido ataques destructivos contra los órganos sensoriales de reciente significación y la consciencia adscrita a ellos”.

En el paciente psicótico la institución del principio de realidad nunca ha sido alcanzada satisfactoriamente. *Mi hipótesis de trabajo, que trato de exponer aquí, es que tal fracaso es debido a sus órganos sensoriales, que no han aprendido a incluir otras cualidades sensoriales más complejas y definitivas más allá de las cualidades básicas de “placer” y “dolor”, han sido dañados o traumatizados previamente* y, como sabemos, este fracaso principal tiene lugar en el punto del desarrollo que M. Klein describe como el paso a la posición depresiva, al tomar el sujeto consciencia de los objetos totales y por lo tanto entrar en contacto con los sentimientos de depresión y culpa.

Los autores kleinianos consideran que el pensamiento verbalizado, a pesar de su importancia en el análisis, es una función subordinada a los objetos-sensación que son

objetos mucho más primitivos. Y esto es particularmente cierto, tal como he señalado aquí, en las relaciones de objeto de la esquizofrenia. Traigo esto a colación ya que, en el psicótico, su consciencia está adscrita a unos órganos sensoriales ya dañados y traumatizados, y en particular la conciencia adscrita al sentido de la visión. Los psicoanalistas orgonomistas pensamos que estos ataques del paciente psicótico contra sus órganos sensoriales a que se refiere Bion se deben a que no pueden integrarse adecuadamente las sensaciones libidinales orgánicas (del organismo) o los objetos-sensación, como las llamaba Júlia Coromines, con la percepción psíquica correspondiente (cognición) debido precisamente a que el paciente psicótico no ha podido superar correctamente la posición ocular y como consecuencia no ha sido capaz de alcanzar el principio de realidad más allá de las cualidades sensoriales básicas y primitivas de “placer” y “dolor”.

Para mí, este ataque a los órganos sensoriales, especialmente visuales y auditivos, que realiza el paciente psicótico y que colorean toda la sintomatología delirante, descrita en los textos clásicos de psiquiatría y que hace imposible que alcance el principio de realidad, es un síntoma clínico secundario o en todo caso un intento de auto-curación por parte del *self* nuclear sano, para tratar de restaurar o reparar sus órganos sensoriales (los objetos-sensación del *self*) ya dañados o traumatizados durante la posición ocular.

Los psicoanalistas orgonomistas pensamos que el verdadero conflicto del paciente esquizofrénico que no logra instalarse sólidamente en la posición depresiva con todos los sufrimientos mentales que esta realidad psíquica conlleva para él, no son más que el preludeo de la re-experiencia relacional traumática hacia la verdadera regresión psíquica que implica atravesar por segunda vez la grieta o la escisión entre el *self* y el objeto ocurrida en la posición ocular previa; la cual, como hemos tratado de demostrar aquí, ha tenido lugar durante las tres primeras semanas de la vida postnatal.

Usando el lenguaje de Júlia Coromines, diríamos que la integración de los primitivos objetos-sensación u objetos autistas del bebé con la manera como su cerebro interpreta estos estímulos sensoriales más allá del “placer y el dolor”, para posteriormente formar una realidad física de su entorno a través de la percepción psíquica como primer

proceso cognoscitivo –integración que no será capaz de realizar el paciente psicótico–, será la que dará lugar a los objetos mentales ya metabolizados, estables y definitivos. A partir de este momento, el *self* y los objetos del *self* podrán ser proyectados e introyectados, tal como lo describen los teóricos de las relaciones de objeto.

Observaciones en bebés. Sensaciones placenteras y ansiedades catastróficas

La *posición ocular* fue descrita por Wilhelm Reich (1948) en el artículo *Ansiedad de caída en un niño de tres semanas*. En este trabajo, siguiendo la teoría de la pulsión libidinal de Freud, relata un fenómeno somato-sensorial que observó en un bebé de dos semanas cuando estaba mamando del pezón:

“Los glóbulos oculares se movían de arriba abajo y de lado. La boca empezó a temblar, la lengua se estremeció. Acto seguido las contracciones musculares se propagaron por toda la cara. Después de unos diez segundos las contracciones desaparecieron y la musculatura de la cara se relajó. El bebé se quedó plácidamente dormido con el pezón en la boca”.

A esta secuencia la denominó *orgasmo oral* como primera excitabilidad libidinal en el segmento oral, con la consecuente descarga según la fórmula elaborada por él: tensión somato-sensorial – carga libidinal – descarga libidinal – relajación somato-sensorial. En las próximas cuatro semanas estas *excitaciones libidinales* del bebé ocurrieron varias veces.³

³ Para los psicoanalistas orgonomistas el orgasmo oral es un objeto-sensación: una función del orgasmo natural debido a que la excitación libidinal ha llegado a su cúspide al haber sido satisfecha la necesidad libidinal del bebé lactante, no la satisfacción fisiológica de la necesidad de alimento. Solamente lo hemos observado en bebés nacidos de un parto natural en el propio hogar, cuyas madres tienen unos pechos turgentes y vivos cargados también de energía libidinal y que han participado emocionalmente conscientes en el alumbramiento de sus hijos. Podríamos afirmar que el contacto de la boca y el pezón y el contacto ocular vienen a sustituir la unión o el apego entre la madre y el bebé que durante el embarazo se ha producido a través del cordón umbilical. El orgasmo oral no lo hemos observado en la lactancia artificial con

Hoy día la mayoría de las comadronas saben que el bebé humano está programado de forma natural para encontrar el pecho por sí mismo en su primera hora de vida utilizando la función de la visión. En los humanos, la lactancia es básicamente instintiva durante la primera hora posterior al nacimiento. El principal lugar de contacto empático con la madre es su boca, incluyendo la garganta cuya carga bioenergética libidinal es muy alta. Si el pezón de la madre reacciona a los movimientos de succión del niño de una manera biológicamente normal (empáticamente) y con sensaciones de placer, éste entrará en erección y la excitación libidinal del pezón de la madre se unirá con la excitación libidinal de la boca del lactante, fusionándose uno con el otro. Dice el obstetra francés Michael Odent (2009), pionero del parto natural en el propio hogar desde 1970: “La sexualidad es un todo y se expresa en todos los episodios de la vida humana: nacimiento, lactancia, (...) y son las mismas hormonas como la oxitocina, la prolactina, las endorfinas, la adrenalina las que están implicadas y en el mismo escenario en que se produce”.

Cuando este mismo bebé fue observado a las tres semanas, apareció otro fenómeno somato-sensorial que Reich (1948) describió como un *ataque de ansiedad de caída* (*falling anxiety*) que apareció después del primer baño, al ser colocado de espaldas encima de una mesa.

“El bebé empezó a llorar violentamente, extendió los brazos hacia atrás como para conseguir un soporte, trató de traer la cabeza hacia delante, mostró de golpe un pánico en los ojos y no podía mantenerse quieto. Observamos un temblor y un estremecimiento en todo su cuerpo. Tuvo que ser cogido en brazos. Tan pronto como se le intentaba tumbar, la ansiedad de caída reaparecía con la misma intensidad que antes. Solo se le podía calmar si se le cogía o se le sostenía en brazos” (Reich, 1948).

Esta *ansiedad de caída* está también descrita por Pérez Sánchez en su libro *Observación de bebés* (1981):

el biberón. No deberíamos olvidarnos de que el bebé humano es un mamífero que demanda libidinalmente el pecho materno.

“A medida que la madre desnuda al bebé (a las tres semanas), éste llora y *empieza a temblar con todo su cuerpo*, en especial la mandíbula inferior; cierra los puñitos y se los lleva a la boca. Cuando está completamente desnudo y lo meten en el baño, el llanto se hace más intenso y levanta sus brazos hacia arriba para coger a la madre. Ella comenta que en ocasiones que lo ha cogido mal *manifestó como miedo a caer*, algo similar a lo que hace hoy. Al abrir la boca, la madre le dice: “Pobrecito, tiene hambre”. Al pasarle la mano para quitarle el jabón y teniendo ya casi todo el cuerpo en el agua se calla –dando la impresión de que incluso sintiera agrado– y queda relajado. Pero ante cualquier movimiento se torna intranquilo y tiembla”. (Las cursivas en el original).

Frente a esta excitabilidad libidinal somática tan primigenia, podemos preguntarnos: ¿Cómo es posible que un ataque agudo *de ansiedad de caída* ocurra en un bebé de tres semanas que no posee ni la conciencia del peligro de caerse (percepción psíquica) ni las señales de defensa instintivas del *self* contra la ansiedad? Para nosotros *la sensación de caerse* es un *disturbio funcional*: un acontecimiento organísmico puro (un objeto-sensación) causado por la rápida retirada de la energía libidinal desde la periferia corporal (la piel) al centro neurovegetativo del organismo. La retirada de la energía libidinal de la periferia del cuerpo produciría en el bebé un ataque de ansiedad de caída, un temblor y un estremecimiento en todo su cuerpo y una pérdida del equilibrio neurovegetativo (Reich, 1948; Frigola, 2011).

Durante los próximos días, tanto el bebé de Reich como el de Pérez Sánchez mostraban una contracción en ambos hombros debido a que, durante el ataque de ansiedad de caída, éste trataba de colocarlos hacia atrás, incluyendo también a los brazos, para asegurarse de que no caía. La actitud muscular de los hombros persistía y no se relajaban del todo, incluso durante los periodos en que no había ansiedad de caída.

Pérez Sánchez (1981) relata sus observaciones a las cuatro semanas:

“El bebé queda sobre la cama casi dormido, luego gira su cara al lado derecho y hace un movimiento de *estremecimiento*, llevándose los brazos hacia atrás. La amiga (de

la madre) que quedó conmigo me dice: “Hay cosas que todos los bebés hacen igual, una de ellas es este estremecimiento; da la impresión de *que sienten que van a caer en el vacío*, eso debe ser una sensación de desprotección”. (Las cursivas en el original).

Observándola desde un estadio del desarrollo tan primitivo (tres-cuatro semanas), podríamos argumentar que *la ansiedad de caída* es un *objeto-sensación*: una sensación interna inmediata de la inmovilización de la periferia corporal y la pérdida del equilibrio neurovegetativo que incluye el campo gravitacional. Éste depende de la plena pulsación libidinal en la periferia del organismo. Freud pensaba que la superficie epidérmica del cuerpo era en sí misma *un sistema mental de percepción-consciencia*. Lo que Didier Anzieu (2004) llama el *yo-piel*. Esta misma sensación de ansiedad de caída la sentimos los adultos cuando descendemos por los ascensores ultra rápidos, cuando nos mantean, al deslizarnos por los toboganes o cuando el avión aterriza demasiado bruscamente. En todos los casos, nuestra armadura caracterológica (nuestra segunda piel) es insuficiente para contrarrestar la alteración de nuestro campo gravitacional. Los niños y adolescentes la viven en los toboganes con una sensación ambivalente de placer-displacer.

Ester Bick, que empezó a observar bebés en la Tavistock Clinic hacia 1948, siguiendo a Melanie Klein, pensaba que el bebé se veía amenazado por un monto de destructividad dentro de él y que ésta estaba basada en el instinto de muerte. Posteriormente esta agresividad-destructividad podía ser proyectada dentro del objeto. Bick (1964) sugiere que en los primeros estadios de la vida, el recién nacido se encuentra en un estado de no-integración y necesita de la contención y de los mecanismos de introyección para poder avanzar hacia la maduración de su personalidad.

Los autores kleinianos denominan a la *ansiedad de caída* descrita por Reich *ansiedad catastrófica*, que ha precipitado al bebé hacia una caída sin fin, como si las partes de su cuerpo se desparramaran por el espacio extrauterino, quedando el bebé sin una piel que lo contenga. El recién nacido necesitaría de un caparazón contenedor, una medida de protección, por así decirlo. Según nuestro punto de vista, el bebé demanda una

primitiva armadura caracterológica que lo proteja, lo preserve y lo aísle para poder sobrevivir en el mundo extrauterino y avanzar así en la maduración de su personalidad (Frigola, 2016).

En la observación realizada por Pérez Sánchez (1981) a las seis semanas, la ansiedad de caída todavía seguía manifestándose en el bebé Carlos:

“Lo lleva al dormitorio para cambiarlo de ropa; al quedar desnudo de la parte superior del cuerpo, el niño tiritita y tiembla, a la vez que llora con gran tensión en su rostro y cuerpo; aprieta los puños –el intento de la madre para abrirlos y echarle colonia es inútil–. Ella le dice: “*si no te vas a caer*”. El llanto se hace tan intenso que la madre, en un esfuerzo por calmarlo, le abraza todo su cuerpo con los brazos y manos, a la vez que le habla dulcemente. Me explica entonces que el bebé cree en ocasiones que *se va a caer*, por lo que se agarra a la ropa o a cualquier cosa que tenga delante”. (Cursivas del autor).

El bebé, como consecuencia de un estado de no-integración es arrojado al vacío extrauterino y liquidado; es decir, se están derritiendo partes de su personalidad y el temblor y estremecimiento que aparecen en su cuerpo serían debidos a que todavía no dispone de una adecuada y segura piel interna. Según nuestro punto de vista, un caparazón contenedor o coraza caracterológica. En palabras de Pérez Sánchez, el bebé necesita un tipo de piel muscular que le sirva de mecanismo de contención. Bick (1964) habla también de una espesa piel o caparazón muscular como un mecanismo de defensa frente a las fuertes ansiedades internas catastróficas. Esta *segunda piel* (coraza caracterológica) será la que dará soporte y continuidad al aparato mental y será la que contribuirá a la formación de su mundo interno a través de los mecanismos de introyección y proyección.

Un relato clínico de una sesión

Julieta era una paciente con una personalidad esquizoide (límite) en análisis de cinco

sesiones a la semana desde hacía dos años, tratada en la Tavistock Clinic. Hubo una interrupción de las sesiones durante el verano. El analista, que había estado navegando durante el mes de agosto, lucía un espléndido bronceado. Volvió tan contento y feliz que sus colegas de la Tavistock le habían dicho que tenía un aspecto muy saludable. El periodo estival se aprovechó para repintar de blanco la sala de espera y la habitación de terapia. La secretaria del departamento colocó unas flores frescas al lado de la ventana para disimular el olor de la pintura. La sesión que voy a relatar es la primera después de la interrupción por vacaciones. La paciente, después de tumbarse en el diván, le da la bienvenida a su analista con un: “¡Dios mío! ¿Es así *como* usted ha vuelto de vacaciones? Le veo a usted muy desmejorado y en todo el tiempo que llevo con usted, jamás le había visto con un semblante tan pálido como el de ahora. Parece que ya tiene un pie en la tumba. ¿Está usted enfermo? Quizá necesita que le vea un médico”. Después de un corto silencio, la paciente continuó, esta vez elevando un poco la voz: “A propósito, creo sinceramente que deberían arreglar de nuevo su consultorio. Debe hacer años que no le han puesto una mano de pintura encima. Está muy sucio y deberían pintarlo de nuevo, ¿no le parece a usted?”. Luego siguió hablando de la Clínica Tavistock y de los cambios que habían ocurrido en ella, para peor: “El edificio está muy descuidado, se ve que está muy deteriorado y creo que deberían restaurarlo de nuevo. Quizá podría caer alguna parte de la fachada en cualquier momento y si esto sigue así, probablemente la cosa más segura sería demolerlo. Pienso que usted, que es un psicoanalista que trabaja aquí, debería saberlo”.

El analista siguió en silencio. La paciente, esta vez, ya un poco más inquieta por los silencios, los suyos y los de su analista, dijo de una manera más rotunda y agresiva: “Como veo que usted se hace el sordo y el ciego y no se entera de nada, le voy a decir algo que le va a molestar. Lo siento, pero se lo diré. La secretaria del departamento que recibe y anota las visitas para usted tiene un gusto pésimo. Debe ser una borde y una inútil ya que ha tenido la desfachatez de colocar delante de la ventana un ramo de flores de plástico, de aquellas cutres que se venden en Chinatown. No sé cómo usted no se ha dado cuenta”.

Este caso fue presentado en un Seminario sobre técnica en la Tavistock Clinic en 1975 por H. Ezriel, que era un colega de Balint y un discípulo de Ferenczi, y que quería

mostrar las tres relaciones de objeto descubiertas por él: a) lo mostrado o requerido; b) lo evitado; y c) lo catastrófico, que aparecían en cada sesión, y las interpretaciones de estas tres ansiedades básicas (Ezriel, 1956; Frigola, 2016). En el Seminario, en el que estuve presente, se plantearon diversas interpretaciones de este material: La Tavistock representaba el cuerpo del analista; la paciente trataba de destruir al analista dentro de sus propias entrañas; un deseo de reparación de salvar a los vecinos y a la comunidad demoliendo los edificios peligrosos, etc. También se hicieron otras interpretaciones basadas en el *contenido de la resistencia* y en el *contenido de los pensamientos una vez superada la resistencia*, si la interpretación incluía estas tres relaciones de objeto. Así, lo catastrófico pasaría a ser evitado, lo evitado pasaría a ser mostrado o requerido, lo mostrado o requerido desaparecería como síntoma, al haber sido satisfecha la demanda libidinal por la interpretación tri-objetal –que debería incluir también la interpretación de *la relación paciente-analista*–, al tiempo que aparecía una *nueva* fantasía catastrófica en la sesión siguiente que validaría la interpretación. Se planteó la posibilidad que las ansiedades de la paciente estuvieran originadas de *diferentes fuentes dinámicas inconscientes*.

Las identificaciones proyectivas masivas y los aspectos motivacionales de la agresividad como pulsión libidinal del *self* nuclear por la ausencia continuada del objeto contenedor (un mes y medio de vacaciones) y no tanto como representante del instinto de muerte, así como la percepción visual alterada de la paciente, me hacen pensar en una fuente dinámica inconsciente mucho más primitiva que el de la posición esquizoparanoide. Según mi parecer, Julieta sufriría un *bloqueo ocular* (una armadura ocular o una defensa caracterológica ocular de primer orden). La *posición ocular* de la paciente tiñe toda la relación transferencial. Ve las cosas desde su punto de vista: la primera sesión después de la interrupción del verano. Al mismo tiempo, podríamos argumentar también que la relación transferencial catastrófica contribuiría a mantener la psicosis de transferencia –típica de los pacientes límite– que será inmensamente terapéutica si el analista sabe interpretarla utilizando su contratransferencia.

“*La relación de transferencia* es, pues, no como originalmente se pensó, algo que gradualmente se va desarrollando en el curso, o como *un resultado* del tratamiento; sino más bien es *la necesidad* del paciente para tal relación, que en el fondo es (a través del inconsciente) *la verdadera causa* de su búsqueda de tratamiento” (Ezriel, 1956). (Cursivas en el original).

Siguiendo con la argumentación que hemos expresado en este artículo, pensamos que el impulso libidinal ocular del bebé (*schaulust* de Freud) puede bloquearse por una traumatización. Para resumirlo, diremos que de una manera *insatisfactoria o reprimida*. En el primer caso se produce una excitación libidinal visual adecuada en el bebé (un objeto–sensación): una libertad en el mirar y ser reconocido y contenido en la mirada por parte de la madre o de los otros significativos. Se establece una *función alfa* adecuada inicial, pero que a la larga es insuficiente o insatisfactoria para el bebé al demandar éste más y más contacto ocular empático a su madre. Dará lugar a insatisfacciones oculares como las del Dr. Harford de *Eyes wide shut* de Kubrick, que se extravió como espectador (el que mira) en el mundo onírico de su esposa Alice.

El bloqueo ocular *reprimido* es mucho más grave que el anterior, ya que existe, desde el mismo momento del nacimiento, una traumatización primigenia durante la *posición ocular*, lo que imposibilitará una buena diferenciación entre el *self* y el objeto. Esto dará lugar a una percepción inadecuada del objeto–sensación y conducirá con el tiempo a un estado confusional y a la psicosis. Desde esta perspectiva, y según mi parecer, Julieta sufriría un bloqueo ocular *reprimido* y una regresión desde la posición esquizoparanoide a una hipotética posición ocular previa. Pensamos que Julieta está *demandando al analista* –porque la necesitaría, según palabras de Ezriel– una *relación transferencial psicótica* para poder enfrentarse, y posteriormente integrar con la ayuda del analista como objeto contenedor, los objetos-sensaciones del *self*.

Referencias bibliográficas

Anzieu, D. (1986), *Le moi peau*, Paris, Dumod.

Ayers, M. (2004), *Mother–Infant Attachment and Psychoanalysis. The Eyes of Shame*, Londres, Routledge.

Baker, E. (1964), *The Man in the Trap*, Nueva York, Mackmillan.

Baker, C. (2014), “Clinical Symposia: The Ocular Segment, Part I y II”, *Annals of the Institute for Organomic Research*, núm. 1, pág. 14.

Bick, E. (1964), “Notes on infant observation in psychoanalytic training”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 45, pp. 558–566.

Bion, W. (1965), *Lenguaje y esquizofrenia. Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.

Bion, W. (1967), *Attacks on Linking, Second Thoughts*, Londres, Heinemann.

Coderch, J. (1991), *Psiquiatria Dinámica*, Barcelona, Herder.

Calvo, F. (1984) “Diversos aspectes psicològics dells ulls i del mirar”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. I, núm. 2, pp. 5–16.

Corey, S.R. (1989), *The Seven Habits of Highly People*, Nueva York, Simon and Shuster.

Coromines, J. (1984), “Oralització i altres aspectes de la funció primitiva de la mà”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. I, núm. 1.

Coromines, J. (1991), *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*, Barcelona, Espaxs.

Erikson, E. (2000), *El ciclo vital completado*, Barcelona, Paidós.

Ezriel, H. (1956), “Experimentation within the Psychoanalytic Session”, *The British Journal for the Philosophy of Science*, vol. VII, núm. 25, pp. 29–48.

Fairbairn, W.D. (1944), “Endopsyquic structure considered in terms of object–relations”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 25, pp. 70–92.

Fenichel, O. (2008), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós.

Freud, S. (1911), “Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento mental”, en *Obras completas*, vol. II, Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1924), “Neurosis y psicosis”, en *Obras completas*, vol. III, Madrid, Biblioteca Nueva.

Frigola, C. (2011), *Reich: cuerpo y psicoanálisis*, Barcelona, Laertes.

Frigola, C. (2015), “Lucerna o una furia en la tierra. Una experiencia psicoanalítica y política en transformación. Wilhelm Reich: del análisis del carácter a la bio–medicina (Parte II)”, TEMAS DE PSICOANÁLISIS, núm. 10, www.temasdepsicoanalisis.org

Frigola, C. (2016), *Cartas de Freud a Reich. El análisis del carácter hoy*, Barcelona, Laertes.

Gill, M. (1980), *Analysis of Transference*, vol. 1, *International University Press*, Nueva York.

Goldfarb, W. (1961), *Childhood Schizophrenia*, Boston, Harvard University Press.

Harman, R. (1997), “Procrastination as a Symptom of Catatonia Schizophrenia”, *Journal of Orgonomy*, núm. 31, pp. 69–82.

Katan, M. (1954), “The importance of the Non–psychotic Part of the Personality in Schizophrenia”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 35.

Klein, M. (1952), *On Observing the Behavior of Young Infants. The writings of M. Klein*, Londres, The Hogarth Press.

Klein, M. (1946), “Notes on Some Schizoid mechanisms”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 27, pp. 99–110.

Kernberg, O. (1987), *Trastornos graves de la personalidad*, México, Ed. Manual Moderno.

Kernberg, O. (1991), *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Paidós.

Konia, C. (2004), “Applied Orgonomy. The origin and Function of Thought”, *The Journal of Orgonomy*, núm. 38, pp. 101–111.

Lacan, J. (2007), *Seminario 1*, Barcelona, Paidós.

Mahler, M. (1952), “On child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychosis”, *Psychoanalytic Study of the Child*, núm. 7.

Marcelli, M. (1983), *La position austique. Hyphotèses psychopathologyques et*

ontogénétiques, *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 26, núm. 1.

Meltzer, D. et al. (1974), *Explorations in Autism*, Londres, Clunie Press.

Odent, M. (2009), *El bebé es un mamífero*, Barcelona, OB Stare.

Odgen, T. (1983), “El concepto de relaciones objetales internas”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. V, núm. 1.

Pérez Sánchez, M. (1981), *Observaciones de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*, Barcelona, Paidós Educador.

Piontelli, A. (1987), *Infant Observation Before Birth*, *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 637.

Popper, K. (1962), *Conjectures Refutations, The Growth of Scientific Knowledge*, Nueva York, Basic Books.

Reich, W. (1933), *Chatakteranalyse. Tecknic und Grundlagen. Für studierende und pracktizierende Analytiker. Im selbstverlage des Verfassers*, Viena y Berlín, Sexpol Verlag. Ed. en inglés: *Character Analysis*, Nueva York, Orgone Institute Press (1949).

Reich, W. (1948), *Falling Anxiety in a Three-week-old Infant. The Cancer Biopathy*, Maine, Orgone Institute Press.

Reich, W. (1949), *Character–Analysis*, Maine, Orgone Institute Press.

Segal, H. (2007), *Vision. Yesterday, Today and Tomorrow*, Londres, Routlegde.

Steiner, J. (1994), *Replegaments psíquics*, Barcelona, Columna.

Stern, D. (1977), *The first relationship infant and mother*, Harvard University Press.

Tustin, F. (1981), *Autistic: States of Children*, Londres, Routledge and Kegan Paul.

Resumen

La paciente presentada aquí padecía una esquizofrenia catatónica con una procrastinación e ilustra la importancia del trabajo del analista cuando se relaciona con la estructura caracterológica sana, en particular, con los elementos sanos que provienen del núcleo del *self*. En vez de analizar las resistencias caracterológicas, el contacto empático del analista capacita al paciente para poder enfrentarse con su confusión (armadura ocular) y superarla. El énfasis está en la armadura caracterológica del segmento ocular y el rol de la posición ocular en las primeras semanas de vida postnatal. La posición ocular fue descubierta por Reich al observar la ansiedad de caída y la ansiedad catastrófica en un bebé de tres semanas. Estas ansiedades también han sido descritas por M. Pérez Sánchez. En la psicosis la excitación libidinal orgánica o los objetos-sensación y su percepción psíquica correspondiente, aunque intactas, están dissociadas. Esta indiferenciación traumática entre el *self* y el objeto está causada por la armadura ocular, que es el mayor trauma bio-emocional que puede aparecer en el organismo humano ya en los primeros días de vida postnatal.

Palabras clave: posición ocular, procrastinación, análisis del carácter, esquizofrenia catatónica, ansiedad de caída.

Summary

The patient presented in the paper, a catatonic schizophrenia with procrastination illustrates the importance of the analyst and allying himself with the healthy elements of the patient emotional structure, distinguishing the healthy elements that came from the core of the self. Instead of putting the character resistances in the first place, this supportive contact with the therapist enabled the patient's confusion (ocular armoring) to improve. The emphasis is in the character armor in the ocular segment and its function and the role of the ocular position in the very first's weeks in the new born baby. The ocular position was discovered by Reich analyzing the falling anxiety and catastrophic anxiety in a baby of three weeks. This anxiety also was reported by M. Pérez Sánchez. Reich also finds that in schizophrenia the perceptual and excitatory libidinal functions are well preserved although there is a lack of contact, a split, between them. This split is caused by a severe armoring in the ocular segment which results from significant bio-emotional trauma in the human organism in the first's days of live.

Key words: ocular position, procrastination, character analysis, catatonic schizophrenia, falling anxiety.

Carles Frigola,
Psiquiatra, Psicoanalista,
Dip. Tavistock Clinic,
Dip. Institute of Group Analysis, American College of Orgonomy D.M. (ACO), Wilhelm Reich Infant Trust (WRIT),
cfrigola@comg.cat