

PENSANDO CON EL CUERPO: *THE EMBODIED MIND*.

EL ORIGEN SOMATO-SENSORIAL DE LA IDENTIFICACION PROYECTIVA.



Carlos Frigola

RESUMEN

La posición ocular integra los objetos-sensación del *self* nuclear con la percepción psíquica (cognición) e inicia los procesos mentales proyectivos. Existe una mente visualmente narrativa en el bebé anterior a la mente verbal, así como una matriz somato-sensorial de la identificación proyectiva en el estadio ocular pre-simbólico arcaico. El psicoanálisis expresivo (orgonómico) incide en este estadio primitivo de la mente. La función del pensamiento es proteger la vida coordinando todos los objetos- sensación del *self*. Existe una *embodied mind* y un balance entre los pensamientos asociativos y los disociativos: una visión binocular y una visión bi-ocular del *self* y del mundo.

Palabras clave: pensando con el cuerpo, posición ocular, objeto-sensación, psicoanálisis expresivo, identificación proyectiva.

SUMMARY:

The ocular position integrates the objects – sensation of the core of the *self* with the psychological perception (cognition) and it starts the projective mental processes. There is a visually narrative mind in the baby previous to the verbal mind, as well as a somatic-sensory origin of the projective identification in the pre- symbolic ocular stage. The expressive psychoanalysis (orgonomic) pays attention to this primitive state of the mind. The function of thought is to protect the life coordinating all the objects – sensation of the *self*. There is an embodied mind and a balance between the associative and dissociative mental process: a binocular vision a bi-ocular vision of the *self* and the world.

Key words: embodied mind, ocular position, objet-sensation, expressive psychoanalysis, shame, projective identification.

*Tú eres yo y yo soy tú.
¿No es evidente que nosotros “inter-somos”?
Tú cultivas la flor que hay en ti
para que yo sea hermoso.
Yo transformo la basura que hay en mí,
para que no tengas que sufrir.
Thich Nhat Hanh*

*Mis ojos, sin tus ojos, no son ojos.
Miguel Hernández*

INTRODUCCIÓN

En un artículo anterior (Frigola, 2017) señalé la importancia de la *posición ocular* en el desarrollo psíquico normal y patológico. Ahora añadiré algunos datos científicos llevados a cabo por el *American College of Ergonomics* (ACO) y por el *Institute for Ergonomic Science* (IOC) sobre esta posición de la libido que precedería a la posición esquizoparanoide. Los *objetos-sensación* del *self* nuclear, es decir, las excitaciones libidinales somato-sensoriales del bebé demandan ser contenidas para poder ser *percibidas* como separadas del propio cuerpo (organismo). En la *posición ocular* el núcleo del *self* puede iniciar procesos proyectivos, siempre que disponga de un buen objeto contenedor: la mirada empática de la madre.

La explicación kleiniana del mecanismo de *proyección* solo relaciona el contenido somato-sensorial de lo proyectado con una entidad psíquica (un objeto), más no explica *la función* de la proyección misma, independientemente de la idea proyectada. Las ideas proyectadas varían con los pacientes, en cambio *el mecanismo primario* de la proyección es el mismo en todos los casos. Voy a referirme al trabajo proyectivo que realiza el *self nuclear* para poder separarse y diferenciarse del *objeto-sensación* (*excitación libidinal organísmica*) y construir así objetos mentales pre-verbales metabolizados, estables y ya definitivos. Júlia Coromines se refiere a las primitivas experiencias somato-sensoriales:

“Para comenzar, la respuesta sensorial es una reacción a un estímulo y éste no proviene de un objeto determinado. Podríamos afirmar que en el nivel auto sensorial, el niño se siente atraído, no por una persona determinada, sino por una sensación determinada, provenga de donde provenga. Esta sensación será fundamentalmente táctil, o visual, o auditiva u olfativa. Creo que es equívoco en estos casos hablar de objeto (...). No obstante, hablamos como Tustin de objeto autista, que es un objeto-sensación” (Coromines, 1991).

La libido de Freud (la energía orgónica u organísmica, como la llamaba Reich) tiene la capacidad de *excitar* y *amalgamar* el órgano sensorial + el objeto de la percepción + el objeto contenedor. Cuando esta tríada está completada las condiciones para una futura conciencia auto-sensorial, para el contacto emocional y la proyección son ya posibles. “Excitación” proviene del latín *excitare*: ponerse en movimiento. “Percepción” deriva de *per-capere*, que significa coger algo en su totalidad, y “contacto” de *con-tangere*: estar al lado de alguien. Estas derivaciones lingüísticas nos servirán para explicar *las funciones* de la excitación organísmica, la percepción y la identificación proyectiva.

Siguiendo las directrices del ACO y del IOC¹, supervisé a un grupo de enfermeras que trabajaban en un servicio de neonatología de un hospital general y que tenían la oportunidad de observar recién nacidos en los tres primeros días de vida postnatal. El relato de una de ellas señala la importancia del objeto para recibir y contener las necesidades de relación y de apego del *self* nuclear.

“Recuerdo la primera vez que se me asignó la tarea de atender a un bebé prematuro. Este se hallaba en un box con un sinnúmero de monitores que medían sus constantes vitales: aislado, envuelto en una campana de oxígeno, intubado, con electrodos por todo el cuerpo y con una vía de suero. Mi función era observar al bebé y tomar nota periódicamente de las constantes de dichos aparatos. El momento en que tomé conciencia de la responsabilidad que tenía delante de mí fue cuando, al mirar la cara del bebé, vi brotar unas lágrimas de sus ojos. “¡Dios mío, está llorando -pensé- y está tan débil que no puede expresarlo con sonidos!” Cuando vino el pediatra y le señalé este hecho, me dijo que no me preocupara, que era el resultado de un fluido acuoso de sus ojos. Después de marcharse pensé: “De acuerdo, es un fluido, pero este bebé está llorando”. A partir de aquel instante *mi percepción* cambió por completo. Recuerdo que pensé: “¡Qué dolor!”. Sentía la necesidad de calmar aquel sufrimiento. De vez en cuando abría las puertas de la incubadora y ponía mis manos sobre su cuerpo masajeándolo como si mis dedos y su piel fueran unas alas de una mariposa. Le hablaba o entonaba una nana y le miraba a los ojos. Quería que supiera que no estaba solo en la lucha por sobrevivir” (Mademont, inédito; Frigola, 2016).

La *posición ocular* engloba los sentidos de la vista, del olfato y del oído. Estos órganos sensoriales están cargados de energía libidinal organísmica que está libre y disponible para su investidura (proyección) en los objetos externos desde el nacimiento. De hecho, estos sentidos juegan un papel de primer orden en la vida de todos los mamíferos. El contacto ocular con la madre es absolutamente necesario para el desarrollo adecuado de la integración espacial tridimensional tal como ha sido demostrado en los experimentos con animales. La privación visual maternal de las crías de los monos durante las primeras horas de vida tiene una influencia en la exploración visual del ambiente y no muestran la curiosidad natural normal, a través de la mirada, en relación a los monos que han tenido contacto visual con la madre. También se ha demostrado que los corderos con apego materno (que han visto, oído y escuchado a la madre) evitaban caerse frente a obstáculos mucho antes que los corderos sin apego materno, y se demostró que los primeros desarrollaban una visión *binocular* tridimensional mucho más temprana. Los segundos desarrollaban solamente una visión *bi-ocular* bidimensional (Green y Gordon, 1964).

El recién nacido es un *sistema organísmico*, una semilla de naturaleza viviente gobernada por unas ciertas leyes bio-energéticas libidinales. La madre es otro sistema organísmico íntimamente conectado con su bebé y juntos forman un *tercer* sistema organísmico más amplio e inclusivo, que sigue también ciertas leyes libidinales. El bloqueo de la excitación y de la necesidad libidinal de esta importante zona erógena (los ojos, la mirada y el contacto ocular) producirían en el bebé la aparición de la armadura caracterológica más primigenia que puede aparecer en el ser humano y que daría lugar a la psicosis autista (Reich, 1948; Mahler, 1952) con el consecuente fracaso del desarrollo de la imagen indiferenciada del *self-objeto*.

Con el paso de una cultura autoritaria a una cultura anti-autoritaria del *todo vale* de hoy día (alrededor del año 1968) estos *tres sistemas organísmicos* están siendo profundamente manipulados, afectando negativamente el desarrollo del bebé. La *armadura caracterológica actual* de la madre, del padre, del médico, de la comadrona y del propio hospital está bloqueando la homeostasis *entre estos tres sistemas organísmicos*. Y el recién nacido, que es un organismo sin armadura, indefenso y vulnerable, es el que sufre las consecuencias. Whitener (2016) alertaba de la excesiva intervención tecnológica (efecto *nocebo*, de *nocere*: hacer más daño que bien) que *impide* el contacto ocular y de piel a piel entre la madre y el bebé en la primera hora después del parto, lo que daría lugar a “alteraciones en el cuerpo calloso del cerebro (el sistema emocional) con reducción del nivel de cortisona en el bebé”. La opinión pública es cada vez más partidaria del parto natural. Algunos hospitales ya disponen de salas de partos como en un hogar. *A turn for the better* para la salud del bebé y de la madre, para la sociedad y para las generaciones futuras.

Ways of seeing, vulnerables a la mirada

En la primavera de 1977 asistí a la que creo que fue la última conferencia que W. Bion dio en la Tavistock Clinic. Fue tanta la expectación que se originó debido a la cantidad de profesionales que solicitamos la asistencia a su homenaje que los responsables del evento decidieron dividirla en tres subgrupos. Unos, los más afortunados, en la propia sala de actos en la planta baja, al lado de la biblioteca, con las sillas apareadas tocándose unas con las otras. Se habilitó otra sala con un circuito cerrado de televisión, y un tercer subgrupo, en el que estuvo el autor de este artículo, estando todos de pie, tratando de consolidar nuestra *posición ocular*, moviéndonos de un lado para otro como pollos sin cabeza. Un joven psicoanalista, desesperado por no encontrar sitio, le preguntó al autor de la teoría del pensamiento alfa, momentos antes de comenzar esta *group relations conference*: “Por el amor de Dios, Dr. Bion, ¿qué *piensa* usted de todo esto que se ha organizado? Más de trescientos pares de ojos curiosos están pendientes de usted”. El Dr. Bion contestó muy calmado: “No encuentro la situación especialmente conductiva para *pensar*” (Symington, 1986). Podríamos argumentar que la *group relations conference* que había organizado la Tavistock Clinic se convirtió en un *objeto psicótico ocular*: un *ello* ávido y hostil (una identificación proyectiva somato-sensorial) que lo primero que hizo fue dirigir sus ataques destructivos contra los órganos sensoriales del homenajeado hasta el punto de impedirle pensar.

Tumbado confortablemente en el diván, libre de signos externos intrusivos, de luces o sonidos, incluidos aquellos originados por el propio analista, situado detrás, el paciente está preparado para atender y observar cada vez más profundamente sus experiencias internas, sensaciones, pensamientos, sentimientos y fantasías,

que serán comunicadas o evadidas. A sus primeros pacientes, Freud les pedía incluso que cerraran los ojos, con el fin de eliminar las percepciones visuales que podrían distraerles. Más tarde, algunos psicoanalistas descubrieron que el inducir al paciente a aislar excesivamente el proceso psicoanalítico era “cerrar los ojos a la realidad” (Plant, 2003).

W. Bion y M. Foulkes utilizaron en su trabajo psicoanalítico un enfoque muy *visual*, por cierto. La manera atenta y detallada de organizar la habitación de terapia y su conocimiento de la comunicación visual dentro del grupo confirmaría esta suposición.

“La habitación debe ser tranquila, de amueblamiento impersonal y de tamaño suficiente para contener un pequeño círculo íntimo de asientos, donde los miembros del grupo puedan sentarse confortablemente para una conversación fácil, guardando distancia entre cada uno. Es costumbre dejar vacío el espacio central del círculo. Esto hace que no haya nada detrás de que esconderse, de modo que los miembros del círculo están desamparadamente visibles y ociosos, exponiendo esas partes reveladoras y expresivas -la cara, las manos y los pies- que “hablan” el lenguaje corporal de ellos, aun durante los periodos más silenciosos de la sesión. El terapeuta es uno del círculo e igualmente *vulnerable a la mirada*” (Foulkes y Anthony, 1990).

Vulnerable a la mirada. Esta frase resonante invita a una reflexión profunda que voy a tratar de exponer seguidamente. Según mi opinión, el trabajo grupo-analítico interpersonal e intersubjetivo que caracteriza el *group análisis* fue abriendo nuevos enfoques técnicos que enriquecieron al psicoanálisis hasta llegar al paradigma de la teoría psicoanalítica relacional. Freud escribió: “Cada individuo es una parte componente de numerosos grupos, está rodeado de lazos de identificaciones en muchas direcciones y ha construido su ideal del yo sobre los más variados modelos de relación” (Plant, 2003).

El historiador de arte H. Clark señaló que el nacimiento del ser humano como *individuo-ciudadano* (como sujeto consciente de su inter-subjetividad, diríamos hoy), tuvo lugar en el siglo XV en Florencia (Clark, 1973). El Renacimiento dio prioridad a la observación por encima de la revelación, liberando a los individuos de las tenazas de las ideologías religiosas al posibilitar un *diálogo* con otros puntos de vista. Este enfoque teórico fue desarrollado por F. Brunelleschi alrededor de 1427, considerado como el primer arquitecto de la era moderna. Preparó dibujos y modelos a escala para sus construcciones. Y aunque participaban en sus proyectos muchas personas, colaborando juntos para realizar la obra, todo ello se desarrollaba todavía desde la perspectiva visual de un solo punto fijo. La pintura renacentista fue evolucionando hacia la representación de múltiples objetos y en un espacio, ahora tridimensional, de acuerdo con la perspectiva óptica, cuyas leyes están basadas en la *divina proporcione* o *número áureo*, con la convergencia de líneas que se encuentran en un punto fijo o punto de fuga.

Esta situación cambió de una manera drástica en el siglo XX. Algunos pintores encontraron esta perspectiva como una severa limitación. En vez de pintar lo que los ojos podrían ver, dedicaron sus esfuerzos a pintar lo que no se podía ver. Uno de los primeros descubrimientos importantes fue el Impresionismo, y entre sus representantes Monet, que señaló que no es el contorno lo que hace ser al objeto, sino el contraste entre los fondos, las sombras y los colores del ambiente. Pero no fue hasta Picasso, con su trabajo seminal *Las señoritas de Aviñón*, que avanzó hacia el movimiento denominado cubista donde los objetos se empezaban a observar desde otra *perspectiva visual*. Los sujetos de las pinturas están rotos en múltiples y diferentes facetas con la intención de mostrar diferentes aspectos del objeto de una manera simultánea. Lyotrars dijo respecto a Cézanne que fue el precursor del cubismo: “Para hacer visible lo que uno no puede llegar a ver y no aquello que es ya visible” (Bell, 1999).

Las imágenes estáticas han estado con nosotros durante milenios. En el mundo occidental, a partir de las teorías visuales desarrolladas en Florencia en el siglo XV, las perspectivas visuales han ido cambiando con la conformidad de las nuevas teorías culturales hasta llegar al actual lenguaje cinematográfico y a la *realidad virtual en 3D*.

John Berger, en su conocida serie de la BBC *Ways of Seeing*, hace una revisión de la estética cultural occidental. Nos viene a decir que las ideologías están inconscientemente ocultas y enmascaradas en las imágenes visuales simbólicas². Argumentó que la vista es anterior al habla. Usamos las palabras para describir lo que vemos y para relacionar lo que vemos con lo que ya está establecido culturalmente (Berger,

1972). Las palabras no son hechos en sí mismos, sino que hablan acerca de los hechos. Multitud de trabajos confirman la hipótesis de que la percepción visual se apoya tanto en la genética como en el aprender de la experiencia. Reconocemos las diferencias que existen entre las personas por lo que respecta a su percepción visual de los objetos. Cada persona ve lo que está *predispuesto* a ver, o a ignorar según su estructura caracterológica. Como dice el conocido refrán: “No hay peor ciego que el que no quiere ver”. Boris Vian, en *El amor es ciego* (2015), escribe sobre una mujer que dejó caer su llave en el momento de entrar en su portal y no pudo encontrarla debido a la espesa niebla. Seis personas, entre ellas una madre con un bebé que empezaba a andar, acudieron prestos a su ayuda. Se encontró la llave, pero no al bebé, que había tomado las de Villadiego. Saramago (2001) escribe sobre esta ceguera blanca como lo políticamente correcto y W. Reich (1981) se refiere a este tipo de ceguera como la plaga emocional de la humanidad.

La mente visualmente narrativa en el bebé

El antropólogo G. Bateson dijo: “Siempre he tenido la impresión de morder lo que quería ver. Los ojos son unos órganos extremadamente orales. Esta manera de engullir los objetos que hace el bebé es anterior a toda actividad mental” (Frigola, 2011). En la observación de bebés vemos que el lenguaje hablado se aprende a través de las interacciones visuales con la madre y con los otros significativos. Según Júlia Coromines, el bebé obedece a un proceso adhesivo de estímulo visual que dará lugar a las palabras (Coromines, 1984). El trabajo sensitivo-sensorial de los órganos de la visión que realiza el bebé y “la consciencia adscrita a ellos”, y otras cualidades sensoriales más complejas que las del “placer” y el “displacer” iniciales, que fue aprendiendo a incluir, es sin duda anterior a la creación de las palabras (Freud, 1924).

Observé semanalmente a un bebé desde el nacimiento. A los seis meses de edad, época que según M. Klein se instaura la posición depresiva, este bebé ya disponía de varios *canales visuales expresivos* y de comunicación con la madre y con los otros significativos: sonreía, reía estrepitosamente, se enfadaba, se alegraba, se avergonzaba, se entristecía, se sorprendía, suplicaba, tenía curiosidad, mostraba interés, mostraba rechazo, etc. Cuando se expresaba verbalmente lo hacía solo con tres palabras básicas: “tee”, para designar al pecho y a todos los objetos placenteros y buenos que deseaba; “maaa”, como el deseo de apego con la madre y en segundo lugar con el padre; “paaa”, cuando se refería a cosas del mundo exterior y la sorpresa de experimentar con aquellos objetos que todavía no conocía o no le eran familiares. Por último, se expresaba con *el llanto y el grito* -con sus diversos matices guturales- por todo aquello que no le gustaba o era experimentado con displacer.

Parece ser que existe una mente visualmente narrativa anterior a la mente verbal. El niño mira y reconoce los objetos antes de que pueda hablar. Existiría un sexto sentido que se estructuraría mentalmente (visualmente) y que funcionaría mucho antes de que se organicen las palabras. Es el sentido de la visión la que nos posiciona en nuestro lugar-en-el-mundo. Explicamos el mundo con palabras, por supuesto, pero el lenguaje no podrá nunca soslayar el hecho real de que es nuestro *mundo visual* el que nos define (Berger, 1972). Una imagen vale más que mil palabras. Esto es muy cierto con las pinturas rupestres de Altamira, la primera infancia de nuestra civilización.

La *posición ocular* interviene en la incipiente integración somato-sensorial probablemente desde la etapa uterina, cuando el feto responde a estímulos sensoriales, tal como se ha investigado con las ecografías (Piontelli, 1987). Algunas investigaciones recientes indican que la posición ocular estaría ya pre-programada de forma innata para organizar el mundo extrauterino de una manera tridimensional (binocular), según las hipótesis clásicas de Reich (1948) y Meltzer (1974). El psicoanalista e investigador Daniel Stern señala en su libro que Erickson, después de más de veinticinco años investigando el estadio oral y desarrollando los conceptos de *basic trust* y de difusión de la identidad, dijo en una conferencia al mirar a unos niños que estaban acompañados de sus padres: “Todas las cosas pasan por sus ojos y nunca me había dado cuenta hasta ahora de este hecho” (Stern, 1977). Júlia Coromines también lo comenta:

“Al succionar, el bebé no solamente traga lo que le entra por la boca, dice Erickson, sino que absorbe con la mirada lo que entra dentro de su campo visual, al mismo tiempo que cierra la mano como si quisiera colocar dentro de ella aquello que le agrada” (Coromines, 1984).

El origen somato-sensorial de la identificación proyectiva

Mientras los mecanismos *introyectivos* han sido asociados al estadio oral, los trabajos de Reich y Erickson relacionados con la posición ocular estarían más vinculados a los mecanismos proyectivos, sobre todo a la identificación proyectiva y los aspectos motivacionales de la agresividad humana como pulsión libidinal sana, y no tanto como representantes del instinto de muerte. Estas hipótesis han sido revisitadas con mucho interés a partir de los trabajos de Kernberg y Steiner con pacientes con estructuras graves de la personalidad, entre ellos los pacientes límite y con narcisismo patológico (Kernberg 1991; Steiner, 1994). Los mecanismos proyectivos incluirían la proyección del impulso libidinal, del objeto, del vínculo o de una parte del *self*. Aquí me referiré a la proyección de los primitivos objetos-sensación del *self* nuclear.

En la tercera edición de *Análisis del carácter* (Reich, 1949) su autor habla de la *escisión esquizofrénica* y relata la historia de una paciente de treinta y dos años que había estado ingresada en un hospital psiquiátrico durante seis años, y que decidió tratar mediante el análisis del carácter. Describe durante cuarenta sesiones, sesión tras sesión, los cambios experimentados por la paciente en la transferencia. Fue tratada durante un periodo relativamente corto de tiempo, pero fue observada por él a lo largo de siete años desde que comenzara el tratamiento. Voy a hacer algunas reflexiones sobre el mecanismo de la identificación proyectiva.

“La paciente había proyectado una parte de su organismo en las paredes del consultorio y se había observado e identificado a sí misma desde esas paredes. Si queremos describir con exactitud lo sucedido, debemos decir que su auto-percepción había sido proyectada donde solían aparecer las fuerzas maléficas, en las paredes de la habitación (...). Oír voces procedentes de las paredes y ver cosas en ellas, es una experiencia esquizofrénica común”. (Reich, 1949).

Mi hipótesis es que la proyección es un proceso psíquico primario y es anterior a su contenido (el objeto proyectado). Me referiré al trabajo proyectivo por parte del *self* nuclear. Los primitivos *objetos-sensación* demandan ser contenidos por un objeto exterior para poder ser así percibidos como separados del propio cuerpo (organismo). La mente humana se refleja a sí misma en el mundo externo, ya que sin este mundo exterior al *self* no puede haber auto-consciencia. Se descubre a sí misma creando esta proyección. La mente busca su falsa e ilusoria naturaleza en la proyección (Samsara) y no en sí misma (Nirvana), que es el camino inverso que propone el psicoanálisis y el budismo Zen.

Antes de proseguir debemos diferenciar fenomenológicamente la forma del contenido. No es lo mismo el *acto de proyectar* que la experiencia de lo *proyectado*. Freud definió a la proyección hacia 1895, término que provenía curiosamente de la ciencia de la óptica y de la confección de mapas que se inició en el siglo XVI con la cartografía, es decir, proyectando un objeto esférico sobre una superficie plana. Relacionada con la percepción, podríamos afirmar que ciertas experiencias somato-sensoriales -los objetos-sensación de J. Coromines- se interpretan como si fueran *proyectadas más allá* de la extensión efectiva del órgano sensorial significativo. En el caso de la paciente de Reich sería como si sus percepciones estuvieran ubicadas a una cierta distancia, proyectada más allá de la superficie epidérmica de su cuerpo. Reich señala: “Es evidente que debe existir una severa perturbación de la capacidad interior de auto-percepción antes de que sea posible sentirse fuera de uno mismo” (Reich, 1949).

En el paciente esquizofrénico las excitaciones libidinales somáticas (sexuales y agresivas sanas) siguen generándose. Los objetos-sensación están activados, no están obstruidos, por así decirlo, pero la percepción subjetiva psíquica de estas sensaciones orgánicas sí que está obstaculizada y escindida. En el paciente psicótico, la función de la percepción psíquica parece hallarse desplazada, fuera del órgano perceptivo significativo, como si esta percepción *careciera de un hogar corporal*. Al no poder integrar vivencialmente las sensaciones somáticas libidinales (sensación + percepción + objeto) parece comprensible que el esquizofrénico busque un motivo exterior a él para estas sensaciones que no percibe como propias. Reich comenta:

Desde el punto de vista del paciente esquizofrénico la proyección es el proceso de receso de la capacidad de percibir y su alejamiento de las funciones orgánicas (somáticas) percibidas o hábilmente

percibidas. El resultado es el delirio de impresión sensorial desde fuera el organismo (...). La escisión entre la excitación libidinal y su percepción aleja la sensación a una gran distancia. En nada difiere que el *self* experimente como si se alejara de sí la propia excitación corporal (los objetos-sensación) o su percepción. En cualquiera de los casos el bloqueo (escisión) se produce entre la excitación y la percepción. El esquizofrénico se oye hablar a sí mismo pero como su auto-percepción está escindida de la sensación organísmica a la cual pertenece, sus palabras le suenan extrañas y lejanas. Las palabras pierden el contacto con las cosas que indican. De aquí la desorganización del habla típica de estos pacientes, que aumenta a medida que se incrementa la escisión. (Reich, 1949).

Las proyecciones delirantes del paciente psicótico son el resultado del proceso primario y no su causa. La razón de que “el paciente psicótico dirija sus ataques destructivos hacia sus órganos sensoriales de reciente significación”, como argumenta Bion (1965), lo entiendo en el sentido de que cuando la percepción psíquica se separa y se disocia de la excitación libidinal organísmica, las sensaciones corporales (visuales, auditivas, olfativas, gustativas y táctiles) se experimentan como “extrañas al *self*” o como “influencias malignas” o como “fuerzas sobrenaturales”, que son objetos distorsionados, fragmentados y bizarros de las sensaciones organísmicas (corporales), como experimentaba la paciente de Reich. Esta es la desgarradora confusión. Podríamos llegar a la conclusión que en su paciente el bloqueo libidinal de las funciones organísmicas del segmento ocular era la causante de la incapacidad de integrar los objetos-sensación con la percepción psíquica correspondiente (cognición).

Recuerdo el caso de una joven paciente que padecía una *psicosis puerperal* y que estaba buscando desesperadamente a su hija recién nacida por todas las habitaciones del Instituto Frenopático de Barcelona. Los psiquiatras que la atendíamos le permitíamos que explorara por todo el recinto esperando que poco a poco iniciara el proceso de duelo por la separación traumática de su hija durante el parto, a la que no pudo amamantar ni cuidar debido a su estado mental psicótico. Según mi punto de vista, las intensas sensaciones somato-sensoriales del parto no las pudo integrar con las percepciones psíquicas correspondientes (cognición) porque, además de padecer un bloqueo ocular grave anterior al parto, por ejemplo, un traumatismo emocional que sufriera durante la posición ocular cuando ella era un bebé, en aquel momento de su vida adulta las percepciones *carecían de un hogar corporal*. Su hogar corporal para las percepciones era el Instituto Frenopático.

El campo gravitacional y la piel como órganos de percepción-conciencia

La intensa excitabilidad libidinal organísmica que siente el paciente (la experiencia de los objetos-sensación del *self*) la podemos observar en todo tratamiento psicoanalítico. Un hecho clínico que describí en numerosas ocasiones Ferenczi y que fue mal interpretado por los teóricos de las relaciones de objeto, que no comprendieron las pulsiones y las demandas libidinales (sexuales y agresivas sanas) de sus pacientes a los que permitía que jugaran como niños durante el análisis. Esta excitación libidinal hace que el campo de energía alrededor del organismo del paciente y más allá de la piel (el campo gravitacional) se expanda considerablemente. Todas las impresiones sensoriales y sus percepciones correspondientes dirigidas al *yo-piel* (Anzieu, 1986) se agudizan en la transferencia y se van definiendo e integrando con mayor claridad con la ayuda de las interpretaciones empáticas del analista. Este sería el proceso normal en el paciente neurótico. Freud lo describió de una manera diáfana:

El yo es, ante todo, un ser corpóreo (...). El yo se deriva en último término de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo, por lo que puede considerarse al yo como una proyección mental de dicha superficie y que por lo demás, como ya hemos visto, corresponde a la superficie del aparato mental. (Freud, 1925).

En contraposición, el paciente psicótico no percibe las intensas excitaciones libidinales que ocurren en todo tratamiento psicoanalítico como algo subjetivo y propio, al estar la excitación disociada de su

auto-percepción. El campo gravitacional del propio paciente se *expandiría* mucho más que en el caso del paciente neurótico y, por consiguiente, experimentaría las impresiones sensoriales mucho más vivas. De alguna manera, el paciente psicótico se percibe a sí mismo *fuera de su propio organismo*, más allá de su piel, *lejos de su propio hogar corporal*. Hoy diríamos, de acuerdo con la física cuántica, que las sensaciones orgánicas las *percibiría* en el campo gravitacional de su organismo que está situado más allá de la piel.

El tema central de la esquizofrenia es la *escisión* entre la excitabilidad libidinal somato-sensorial y la percepción psíquica de esta excitabilidad. Esta escisión (*splitting*) alejaría la percepción de esta excitación (sexual y agresiva) a gran distancia, por así decirlo. *Este alejamiento de la percepción psíquica del propio organismo a la que pertenece, huérfana ahora de un hogar corporal somato-sensorial, sería el fundamento clínico de lo que denominamos proyección.*

Esto nos lleva a considerar la relación entre la función de la auto-percepción de la función del pensamiento, relación que describiré más adelante. En un artículo anterior (Frigola, 2017) demostré como la integración a través del análisis de los elementos de la auto-percepción de una paciente catatónica le permitió una experiencia del *self* y de los objetos-sensación del *self*, antes escindida, en una nueva experiencia integradora dentro de su propio ser. En términos clásicos, diríamos que la parte no psicótica de la personalidad de la paciente la salvó de la psicosis con la ayuda del analista (Katan, 1953). Como señalé también, el elemento de confianza recíproca entre el paciente y el analista tiene un gran valor en la relación transferencial intersubjetiva. La paciente contó con la confianza incondicional del analista en el sentido de la *preocupación amorosa* de Ferenczi. Y no importaron los altibajos que aparecieron en el análisis, no importaron la agudeza y la compulsión del síntoma de llegar tarde a las sesiones, no importaron tampoco el terror de comunicar al analista la escisión entre el *self* y el objeto que experimentaba la paciente. Esta confianza fue la más poderosa garantía de éxito (Harman 1989; Frigola, 2017).

Los pacientes psicóticos sienten la excitación libidinal que tiene lugar en la transferencia como algo muy abrumador y fuera de su control: el terror a la excitación somática libidinal en su organismo, en *estado bruto* (no metabolizado). Este *terror* les ha llevado a ser incapaces de *percibir* las intensas sensaciones libidinales de los primitivos objetos-sensación y, como consecuencia, han perdido la función natural de integrar el *self* con el objeto. Este es el núcleo patológico de los pacientes psicóticos. No han podido regular tampoco la función psicosomática correspondiente, necesaria para esta integración. Algunos pacientes ni siquiera perciben la diferencia sensorial *entre la inspiración y la expiración* de su propia respiración. El esquizofrénico se ha quedado sin una piel mental. No dispone de una fachada social sólida como el neurótico, ni de una armadura caracterológica lo suficientemente estable para protegerle, aislarle y contenerle de las ansiedades del mundo externo. Con los pacientes psicóticos durante varios meses, o años, me sirvo del psicoanálisis expresivo y no hago uso de las interpretaciones verbales. Primero deben *percibirme* como un buen objeto contenedor, lo cual nos tomará mucho tiempo. Mostrarles cómo aprender a *percibir* la diferencia entre la inspiración y la expiración de su propia respiración, ya a partir de la primera sesión, es una de las técnicas que propone el psicoanálisis expresivo.

En la observación de bebés nacidos de parto natural en el propio hogar los psicoanalistas orgonomistas hemos descrito que éstos ya enfocaban la vista inmediatamente después de parto y que podían seguir con la mirada a los observadores mientras se desplazaban (Baker, 1964). Si existe una *falla básica* de contacto ocular empático con la madre, el bebé se va ajustando al mundo externo sin una perspectiva visual adecuada. Esto significa que ya desde el mismo comienzo estos bebés no pueden ver los objetos externos con una visión tridimensional *binocular* (sensación + percepción + objeto contenedor). Solo bidimensional o *bi-ocular*, que posteriormente dará lugar a la identificación adhesiva con los objetos observada por Bick (1964). Este fracaso de la diferenciación y posterior integración del *self*-objeto produce *ansiedades catastróficas* en el núcleo del *self* y contribuye a crear las falsas interpretaciones de la realidad y los delirios en la psicosis.

El psicoanálisis expresivo

Para diferenciar fenomenológicamente los primitivos *objetos-sensación* de los objetos mentales ya metabolizados, estables y definitivos (pre-simbólicos y pre-verbales) -puesto que ya han sido percibidos como separados del propio cuerpo (organismo)- voy a referirme al *lenguaje hablado* y al *lenguaje expresivo*.

El primero se refiere al aspecto verbal y su contenido. El segundo es un término más inclusivo que se refiere a la expresión bio-emocional del organismo humano, el cual revela mucho más que lo que pueden expresar las palabras solas. De hecho, la experiencia clínica nos demuestra que las palabras pueden llegar a ser una poderosa defensa y una resistencia transferencial caracterológica contra la expresión emocional natural espontánea, más que el estar al servicio de ella.

Los psicoanalistas organomistas definimos la *emoción* como un movimiento plasmático expresivo que posee un componente físico sensitivo-sensorial de primer orden y no solo un fenómeno psicológico exclusivo. Por ejemplo, una interpretación verbal dirigida directamente a la estructura caracterológica del paciente (al repliegue psíquico) -interpretación que solo hay que hacer en la fase final del análisis del carácter- puede desencadenar reacciones físicas muy fuertes e incontrolables, incluso aquellas derivadas del sistema nervioso autónomo neurovegetativo, demostrando que el lenguaje hablado está conectado y puede incidir en el núcleo del funcionamiento bio-emocional. Reich señala:

Está claro que el lenguaje, en el proceso de la formación de las palabras, depende de la percepción de los movimientos internos y de las de sensaciones de los órganos, y aquellas palabras que describen estados emocionales reflejan, de una manera inmediata, los movimientos expresivos correspondientes al organismo viviente. (Reich, 1949).

J. Coromines comparte este mismo parecer cuando habla de las respuestas sensoriales y sensitivas primitivas en el estadio pre simbólico arcaico, cuando el niño repite el nombre que alguien significativo pronuncia en presencia del objeto en cuestión. Y el niño, obedeciendo a un proceso adhesivo de estímulo visual pronuncia la palabra que ha visto. Y lo mismo sucede cuando el estímulo es auditivo. Es decir, podríamos hablar de “una respuesta adhesiva (verbal) a estímulos sensoriales” (Coromines, 1991). Así pues, los psicoanalistas organomistas observamos en el paciente, más allá del lenguaje hablado, la expresión del organismo como una totalidad psicósomática.

No importa si liberamos los afectos reprimidos desde la armadura caracterológica a través del análisis del carácter o directamente a través del análisis expresivo, en ambos casos producimos excitaciones libidinales y movimientos plasmáticos en el organismo del paciente. En cada caso, bien si surgen memorias, disolvemos mecanismos de defensa o aparecen movimientos corporales visibles en el diván, estamos trabajando con la energía libidinal del paciente y en las pulsiones originales de Freud. La meta común es la movilización de las corrientes libidinales plasmáticas del paciente. En otras palabras, no podemos trocear artificial y arbitrariamente el organismo viviente del paciente en actitudes caracterológicas mentales (simbólicas) por un lado, verbales por otro, corporales por otro (armadura) y las funciones plasmáticas expresivas del sistema nervioso neurovegetativo por otro. (Reich, 1949).

A lo largo de sus escritos Freud fue separando las pulsiones de los instintos. La libido es una pulsión, el hambre es un instinto. Según la concepción freudiana, las pulsiones son los límites entre lo físico y lo mental y solo podemos conocerlas a través de sus representantes psíquicos: las ideas y los afectos, aunque como procesos físicos están arraigadas a la biología (Kernberg, 1991). Hoy día se acepta que los afectos y su elaboración superior como emociones incluyen experiencias subjetivas de placer y displacer, además de elementos cognitivos y expresivos, así como pautas de descarga neurovegetativa.

Edith Jacobson (1964) llamó la atención sobre el hecho de que los estados de tensión (la excitación sexual) pueden ser placientes y que los estados de descarga (como la angustia) pueden ser displacientes; pero que los afectos no son solo estados de descarga sino fenómenos complejos y sostenidos de tensión psíquica. Como señala Kernberg (1991), siempre que en la situación clínica se diagnostica un derivado de la pulsión -por ejemplo, un impulso sexual o agresivo- el paciente invariablemente experimenta en este punto: a) una imagen sensorial del *self*, b) relacionada con la representación del objeto (otra persona) bajo

el impacto, c) del correspondiente afecto sexual o agresivo.

Los psicoanalistas orgonomistas hemos llegado a la conclusión que la primacía del pensamiento en la vida humana recorre un largo camino físico somato-sensorial y psíquico en paralelo, que podemos resumir en el siguiente esquema:

1. La percepción de la propia excitación libidinal (sexual o agresiva) da lugar al contacto emocional con el objeto.
2. El pensamiento se origina desde la percepción de las sensaciones orgánicas (corporales).
3. El cerebro integra los elementos somato-sensoriales y perceptuales (orgánicos) que dan lugar al pensamiento.
4. El razonamiento lógico deriva sustancialmente del contacto del *self* con las sensaciones y las emociones.
5. El pensamiento sirve para proteger la vida a través de integrar las sensaciones y las percepciones del *self* con el mundo externo.
6. La comunicación intersubjetiva a través del pensamiento incluye la integración de los órganos del aparato del habla con la totalidad de las sensaciones y las percepciones del organismo (Konia, 2004).

Al aplicar esta hipótesis debemos hacer, en primer lugar, una diferenciación entre *idea* y *cognición*. La *cognición* está relacionada con la capacidad mental que tiene una persona, con la memoria explícita, con el razonamiento y el conocimiento a través de las facultades intelectuales, que se aplican tanto en la escena cultural como en el campo social. *Idea*, tal como la definimos aquí, *es un término mucho más inclusivo que expresa las numerosas maneras en las cuales las sensaciones y las emociones (los afectos) son sentidas y percibidas a la vez*. Por ejemplo, podemos tener una idea de la música (oyendo a Mozart) o una idea de la pintura (viendo obras de Picasso) o una idea del fútbol (viendo jugar a Messi) o una idea de la moda (asistiendo a un desfile de Armani) o una idea de la gastronomía (comiendo en el Celler de Can Roca). *Idea*, en el sentido como la describo aquí, tiene que ver con lo que se consideraría una aproximación sensitivo-sensorial de aprender de la experiencia, mucho más profunda que el concepto psíquico de *cognición*. Por otro lado, debemos diferenciar entre unos pensamientos elementales aislados en una particular sesión de un pensamiento mantenido a lo largo del análisis. Por ejemplo, tuve un paciente esquizofrénico que era profesor de historia y que estuvo en análisis durante muchos años conmigo. En ocasiones era capaz de expresar pensamientos brillantes sobre la guerra civil española con nombres, fechas, lugares y citas bibliográficas impresionantes (su parte somato-sensorial en forma de identificaciones proyectivas que expresaban una profunda necesidad de contacto emocional conmigo) y en la mayoría de las sesiones era incapaz de desarrollar pensamientos cotidianos coherentes con el mínimo de raciocinio.

¿Cuál es la función del pensamiento?

La respuesta es que el pensamiento sirve para proteger la vida, coordinando los sentidos de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto. *El pensamiento es una función de los sentidos*. Es a través de nuestro pensamiento que damos sentido al *self* y a los objetos del *self*. El pensamiento es nuestro sexto sentido. Es aquí donde podemos observar la diferencia entre Reich y Bion, ambos nacidos en 1897. Reich *nos sensibiliza* y *nos invita* a un psicoanálisis naturalista, franciscano y expresivo: orgonómico. Bion *nos educa* para un psicoanálisis de la cultura, jesuítico, hacia la mentalización. El mismo dualismo cartesiano entre Ferenczi y Freud, esta vez en la segunda generación de psicoanalistas. *Le rat des champs et le rat des villes* como en el clásico de Jean de La Fontaine.

Tradicionalmente se ha asociado a la zona erógena como fuente de libido, extendiéndose con el crecimiento a las restantes zonas corporales activadas fisiológicamente a través de las interacciones del niño con la madre. Kernberg propone que son las relaciones objetales investidas afectivamente las que energizan libidinalmente las zonas erógenas fisiológicas. Pero reemplazar unitariamente la teoría de las pulsiones y los afectos por una teoría de las relaciones de objeto, que rechaza el concepto de pulsión libidinal, conduce a una simplificación de la vida psíquica. Las teorías de las relaciones de objeto, que han rechazado la teoría

de las pulsiones, han omitido gravemente los aspectos motivacionales de la agresión humana como pulsión libidinal natural y sana. Esta pulsión que proviene del núcleo del *self* no es la representante del instinto de muerte (Reich, 1949; Kernberg, 1991).

Los pacientes que son tratados según el análisis del carácter desarrollan, además de la asociación libre tradicional que podemos enlazarla con la teoría de las relaciones de objeto, lo que yo llamo *una asociación libre corporal (del organismo) y como consecuencia una relación transferencial psico-somática*. Los psicoanalistas orgonomistas creemos sinceramente que los pacientes demandan inconscientemente mostrarnos el aspecto expresivo no verbal en el diván para poder integrar los primitivos objetos-sensación de la *posición ocular*, que es anterior a la posición esquizoparanoide. En este estadio primitivo de la libido, el *self* nuclear se estructura no más allá del principio sensorial del placer/displacer (Freud, 1924). El análisis del carácter impacta tanto en la esfera psíquica como en los dominios somáticos. De hecho, los cambios estructurales en el paciente en el transcurso del análisis podemos observarlos tanto en los niveles somáticos como en la esfera psíquica.

Por ejemplo, en el análisis con pacientes esquizofrénicos se desarrolla una relación transferencial *psicótica* que es muy terapéutica ya que, a través de ella, les va aproximando cada vez más a la capacidad para confiar y acercarse al analista. Esto es, a medida que la relación transferencial se hace más profunda, demandan y desarrollan una mayor capacidad de estimulación libidinal en la zona erógena ocular -que es donde reside su patología- sin tener que convertirse en voyeuristas, paranoicos o catatónicos en todas las sesiones. En otras palabras, al liberar la rigidez somática en el segmento ocular (zona libidinal ocular) de la *posición ocular* y disminuir la armadura caracterológica en este segmento corporal mejoran en la capacidad de integrar la percepción de la propia excitación libidinal y de esta manera *pueden empezar a ver* mucho mejor la diferencia entre los objetos internos y los objetos externos o entre el *self* y el objeto. Es decir, desarrollan una visión o mirada tridimensional *binocular*: una perspectiva visual en “3D” por así decirlo, dejando atrás una visión *bi-ocular psicótica* y, como consecuencia, abandonan progresivamente las identificaciones proyectivas. En palabras de Steiner (1994), son capaces de dejarse ver y ser vistos por el analista.

Los pacientes psicóticos tienen un *hambre ocular voraz* para un genuino y auténtico contacto emocional con el analista y con los otros significativos. Desean y demandan una mayor comprensión, clarificación y perspectiva, tanto de sí mismos como de los demás. Por otro lado, debemos tener en cuenta que *la experiencia relacional transferencial en psicoanálisis es una distorsión perceptual en sí misma*. Este efecto distorsionador H. S. Sullivan (1984) lo llamó deformación paratáxica. Una distorsión perceptual *yatrogénica*, por supuesto, pero inmensamente terapéutica. Teniendo esto en cuenta, no deberíamos olvidarnos que los pacientes psicóticos están especialmente inclinados a las distorsiones perceptuales y su mente está sobresaturada de identificaciones proyectivas. Reich comenta esto al hablar de la técnica:

Cuando una inhibición caracterológica falla y no responde a una interpretación verbal psíquica, empiezo a trabajar con la actitud somática correspondiente. Y al revés, cuando una actitud o rigidez somática prevalecen en la transferencia y prueba ser difícil su acceso, trabajo con su expresión caracterológica verbal para disolverla en la transferencia. (Reich, 1949).

Los pacientes nos demandan una integración somato-psíquica. Yo la llamo *integración orgonómica* (de organismo). Los psicoanalistas orgonomistas trabajamos con el *lenguaje expresivo* cuando la resistencia caracterológica domina toda la transferencia y está anclada y bloqueada en la *posición ocular* que, como sabemos, es anterior a la posición esquizoparanoide y por tal motivo hace muy difícil su acceso consciente. Técnicamente hablando, cuando hemos sentido, percibido y contenido la expresión emocional del paciente en nuestra contratransferencia es precisamente cuando estamos preparados para interpretarla utilizando el psicoanálisis expresivo. Para ello debemos apoyarnos en las funciones primarias biológicas psicósomáticas.

Relato de una sesión

Una paciente de treinta y cuatro años en su segundo año de análisis, después de la interrupción del verano, inunda su primera sesión con identificaciones proyectivas masivas (reproches hacia mí) que le producen mucha ansiedad, visible en su manera agresiva de hablar y en su forma de respirar y de moverse en el diván. Me quedé toda la sesión escuchándola en un silencio contenedor y hacia el final pensé hacer la siguiente interpretación tri-objetal, utilizando el psicoanálisis expresivo: “Antes de despedirnos, quizá le gustaría gritar (me) y dar (me) unos cuantos puñetazos a *nuestro diván*. Es muy *seguro* y puede *contener todas las catástrofes*”. Antes de hacerlo percibí que si la paciente tenía acceso pre-consciente a la posición depresiva, con toda seguridad realizaría unos pocos intentos tímidos de golpear con los puños cerrados a ambos lados del diván permaneciendo tumbada y con los correspondientes afectos de turbación, vergüenza, culpa, depresión y finalmente de gratitud, con algunas lágrimas en los ojos. Si no se atrevía a hacerlo porque todavía se encontraba instalada e inmovilizada en la posición esquizoparanoide, me miraría de reojo con desprecio, burla o sarcasmo al marcharse. También había una tercera expresión posible: que la paciente se riera con ganas y dijera algo así como: “¡Vaya por Dios, no sé cómo se le ocurre a usted pensar en algo parecido!”. Pero con toda seguridad, en los tres casos, el sufrimiento producido por una relación de objeto catastrófica (mi abandono durante el verano), ahora pre-consciente y más contenida, disminuiría con toda probabilidad en la siguiente sesión. Esto es lo que *percibí* antes de hacer la interpretación.

Gritar (me) y golpear (me) con los puños el diván era un equivalente somato-sensorial de las identificaciones proyectivas masivas: un aspecto motivacional de la agresión humana como pulsión libidinal *sana* y no como la representante del instinto de muerte. Por otro lado, los objetos-sensación de la paciente demandaban ser percibidos primero por mí para poder ser adecuadamente proyectados al objeto. Intuí que el diván que compartíamos desde hacía dos años podría ser un objeto contenedor y empático -un objeto transicional- mucho más accesible que las interpretaciones verbales que el analista pudiera ofrecerle en este momento del análisis para calmar su sufrimiento. Un frío, distante y antipático analista al que no había vuelto a ver ni a oír desde antes de las vacaciones.

Supervisé esta sesión con H. Ezriel en la Tavistock Clinic. Ezriel era un analista húngaro, colega de Balint y discípulo de Ferenczi, que descubrió que el paciente demandaba, al tiempo que necesitaba mostrar, tres relaciones de objeto para ser contenidas por el analista en cada sesión: 1) lo que necesita mostrar o requerir; 2) lo que estaría evitando si lo mostrara o requería; y 3) lo traumático, calamitoso o catastrófico que sucedería si se atrevía a mostrar o requerir la relación de objeto primera. Si la interpretación era tri-objetal, lo mostrado o requerido desaparecía como síntoma, al haber sido satisfecha la demanda libidinal. Lo evitado pasaría ahora a ser mostrado o requerido y lo catastrófico o traumático podría ya pasar a ser evitado. Como consecuencia de este movimiento mental, un recuerdo traumático o una nueva fantasía catastrófica aparecerían en la fantasía inconsciente en la próxima sesión. De esta manera, lo consciente, lo pre-consciente y lo inconsciente podrían integrarse en el objeto total: el analista. *Con esta forma de pensar, lo traumático sería re-experimentado en cada sesión* (Ezriel, 1957). Me dijo que mi interpretación era correcta, puesto que incluía las tres relaciones de objeto descubiertas por él y seguía con fidelidad el pensamiento de Ferenczi, pero mejor que no publicara el caso clínico si algún día tenía intención de hacerlo. Era el año 1976 y Ferenczi no era *bien visto* por la comunidad psicoanalítica.

En 1979 presenté este caso en una reunión de la Sociedad Española de Psicoanálisis en Barcelona. Quería demostrar la existencia de una posición libidinal *ocular* anterior a la posición esquizoparanoide. El grito primario (el llanto catastrófico del bebé) podía ser contenido por el analista, si seguíamos fielmente las teorías de Ferenczi y correctamente interpretado con la ayuda del psicoanálisis expresivo (orgonómico). Los asistentes me respondieron con una cálida, pero sonora carcajada. Algunos psicoanalistas todavía se acuerdan de mi grito pre-simbólico arcaico. A mi vuelta a Londres, y compartiendo esta anécdota con mis colegas de la Tavistock, me dijeron que la sonora carcajada frente a mi grito primario en realidad podría tratarse de una identificación proyectiva complementaria somato-sensorial. Al ser expresada en un contexto grupal (era un plenario) correspondería al supuesto básico de *oneness* (lo nuestro) que P. Turquet -un discípulo de Bion- estaba investigando por entonces en los *large group*. El Dr. Folch y la Dra. Coromines fueron los únicos -que yo recuerde- que respondieron empáticamente, con su sentido del humor zen que les caracterizaba, a mi intervención. Dijeron que para describir este estado tan primitivo de la mente (la posición ocular) mi grito era lo más representativo: un objeto-sensación.

De acuerdo con el psicoanálisis expresivo, podemos observar en las sesiones estas primitivas identificaciones proyectivas somato-sensoriales en la forma de demandas, requerimientos y afectos en los pacientes. En el segmento ocular de la armadura caracterológica los equivalentes emocionales más comunes son: desprecio, cinismo, curiosidad malsana, voyerismo, confusión y preocupación excesiva. En el segmento oral de la armadura caracterológica las expresiones que suelen aparecer son: sarcasmo, insatisfacción, hipomanía, amargura, mofa, burla y escarnio.

Pensamiento asociativo y pensamiento disociativo

El análisis del carácter trabaja con dos categorías generales de pensamiento: el *asociativo* y el *disociativo*. En la transferencia, cuando predominan los procesos mentales asociativos, a veces dos pensamientos se originan de la percepción de dos sensaciones organísmicas (dos objetos-sensación) separadas. Por ejemplo, la sensación de hambre y ver la comida que la va a satisfacer. Interpretamos en este momento lo que hay de *común* en estos dos pensamientos. Compartimos con el paciente un sentimiento de armonía, simpatía y familiaridad mutua. En el arte y en la literatura, la función asociativa de las ideas y de la fantasía es la base para el uso del simbolismo y la metáfora.

Desde el punto de vista de las neurociencias, hoy se sabe que los neurotransmisores del cerebro están conectados con otras redes similares distribuidas por todo el cuerpo (organismo), lo que hace que las raíces del pensamiento asociativo se basen tanto en la experiencia psíquica como en la experiencia somato-sensorial. Sería como decir que el individuo está pensando con el cuerpo. Según las neurociencias, hoy día se considera que existe una *embodied mind* conectada con el sistema perceptual.

Por contraste, en el pensamiento *disociativo* el énfasis se encuentra en la diferencia entre las dos ideas. Por ejemplo la abstracción hipnótica, o cuando alguien habla con una persona y al mismo tiempo usa el *whatsapp* con otra. Cuando el pensamiento disociativo aparece en la sesión, entonces se experimenta un sentimiento de irrealidad con el paciente. Este tipo de pensamiento disociativo se puede observar en el análisis de los pacientes con trastornos graves de la personalidad o con pacientes límite.

Podríamos decir que en el material verbal y expresivo que observamos en el análisis hay siempre un balance, un ir y volver constantemente entre estas dos categorías de pensamiento, aunque en la neurosis acostumbra a predominar el pensamiento asociativo. Así: PA<—>PD.

Los rasgos del *pensamiento asociativo* que aparecen en las sesiones serían: la creencia, exclusividad, unicidad, afirmación, acuerdo, comprensión, sentimiento de mismidad y confianza. En el *pensamiento disociativo* encontraríamos en las sesiones: duda, escepticismo, exclusividad, multiplicidad, desconfianza, negación, desacuerdo, parcialidad e indiferencia (Konia, 2004).

Mi hipótesis es que el pensamiento asociativo estaría relacionado con la función integradora de la *posición ocular*. Diversos experimentos en el campo de las neurociencias han demostrado que puede utilizarse el campo visual para acceder al cerebro subcortical (emocional) más profundo. De hecho, los ojos escanean nuestro entorno inmediato en todo momento; al parecer, es un proceso intuitivo, inconsciente y usando la memoria implícita. Incluso podríamos afirmar que los ojos son los responsables de nuestra supervivencia ya que nos indican en todo momento hacia donde debemos dirigir nuestra mirada y nuestros pasos. Estudios recientes argumentan que los ciclistas profesionales o los esquadores en competición que bajan por las pendientes a gran velocidad están *pensando con el cuerpo a través de la información que éste recibe directamente de los ojos*. Hoy día se considera que existe una *embodied cognition* o *embodied mind* que estaría conectada íntimamente con el sistema perceptual, más allá de la mente consciente y de la memoria explícita.

También se ha demostrado que los órganos visuales serían, entre los demás órganos sensoriales, los primeros en ser traumatizados. Esta traumatización se ha estudiado en supervivientes de desastres naturales, en víctimas del terrorismo como el 11-S o en aquellos refugiados que huyen despavoridos de las guerras. En todos los casos el terror quedaba reflejado en sus miradas. Recientemente se ha comprobado que los espectadores que habían “visto” a través de la televisión escenas traumáticas de atentados, como el del 13 de noviembre de 2015 en París, eran más vulnerables a sufrir desórdenes mentales, alteraciones psicósomáticas y problemas cardiovasculares. La traumatización a través de los órganos visuales afectaba directamente al

psiquismo de los telespectadores. Cuando la mente no puede procesar toda la información traumática que recibe de los órganos visuales, la experiencia emocional queda bloqueada, independientemente de si la persona tiene acceso consciente a ella (Céline Thibert, 2016).

Respecto al hecho de *pensar con el cuerpo (the embodied mind)* o el uso del pensamiento asociativo, Reich señala:

Si en una bandada de pájaros silvestres, uno solo de ellos que está descansando apaciblemente siente un peligro, éste empieza a volar y toda la bandada alza el vuelo a su vez, sin relación al hecho o no de que los otros pájaros se hayan dado cuenta de la causa del peligro (...). Lo mismo pasa con la expresión emocional del paciente que produce en nuestro organismo como analistas *una imitación involuntaria contratransferencial*. (Reich, 1949).

Esta imitación involuntaria contratransferencial que sentimos en nosotros mismos y que podríamos llamarla también una identificación proyectiva complementaria o una *mentalización corporal*, podemos ahora interpretarla al paciente. Por actitud caracterológica significamos la total expresividad de un organismo. Es literalmente idéntica a la total impresión que el organismo del paciente produce en nosotros. A mi entender, este contacto orgonómico (organísmico) entre los individuos pájaros de una bandada silvestre, esta mentalización corporal inter-subjetiva sería la que debería existir siempre entre el paciente y el analista.

Si aceptamos la *función integradora de la posición ocular* podríamos argumentar que todas las emociones primarias deberían poder expresarse de una manera libre y sana a través de los ojos: el amor, la ternura, la rabia, la ira, el odio, la tristeza, el miedo, la sospecha, la duda, la desilusión, la vergüenza, el flirteo, etc. Todos estos afectos que podemos observar en las sesiones muestran expresiones oculares distintas.

Cuando un paciente entra en la sala de terapia siempre trato de establecer un contacto visual empático con él. Su mirada será para mí un valioso material emocional que podré incluir dentro de la sesión: una mirada clara, transparente, borrosa o turbia. Algunos pacientes con trastornos graves de la personalidad o pacientes límite son especialistas en mostrar una particular expresión de *desconfianza, perplejidad o incredulidad* en su mirada al entrar o salir de la sesión. Si el paciente al entrar en el despacho me mira directamente a los ojos, por lo general sonrío. Es una forma de saludarle, de decirle que, aunque será un paciente durante la sesión, es también un ser humano como yo y le reconozco como tal, invitándole a compartir conmigo un espacio vital intersubjetivo e interpersonal. Ezriel decía:

El analista *debería dejarse ver con simpatía* en cada sesión; sesión que será única e irrepetible. *Deberíamos aprender a saber recetarnos como personas humanas antes que analistas*. (Ezriel, comunicación personal, 1975).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D (1986), *Le moi peau*, Paris, Dumod.
- Baker, E. (1964), *The man in the trap*, Nueva York, Mackmillan.
- Bell, J. (1999), *What is Painting? Representation and modern art*, Londres, Thames and Hudson.
- Berger, Y. (1972), *Ways of seeing*, Harmondsworth, Penguin, Londres.
- 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.
- Clark, K. (1973), *Civilization*, Londres, BBC Books.
- Coromines, J. (1984), "Oraltzació i altres aspectes de la funció primitiva de la mà". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. I núm. 1.
- Coromines, J. (1991), *Psicopatologia i desenvolupaments arcaics*, Barcelona, Espaxs.

- Ezriel, H. (1956), "Experimentation within the psychoanalytic session", *The British Journal for the Philosophy of Science*, vol. VII, núm. 25, pp. 29-48.
- Céline Thibert (2016), "Attentats: les hospitalisations pour troubles cardiaques en hausse de 75%", *Figaro Santé*, 13-01-2016.
- Foulkes, S.H. y Anthony, E.J. (1990), *Group psychotherapy. The psychoanalytic approach*, Londres, Maresfiels Library.
- Freud, S. (1904), *Psicopatología de la vida cotidiana*, Barcelona, Alianza Editorial, 2011.
- Freud, S. (1925), "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras Completas*, vol. III, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Frigola, C. (2011), *Primeros auxilios emocionales. El legado de W. Reich*, Barcelona, Laertes.
- Frigola, C. (2015), "Lucerna o una furia en la tierra. Una experiencia psicoanalítica y política en transformación", *TEMAS DE PSICOANÁLISIS*, núm. 10. <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2015/09/01/lucerna-o-una-furia-en-la-tierra-una-experiencia-psicoanalitica-y-politica-en-trasformacion-wilhelm-reich-del-analisis-del-caracter-a-la-bio—medicina-parte-II-2/>
- Frigola, C. (2016), *Cartas de Freud a Reich: El análisis del carácter, hoy*, Laertes, Barcelona.
- Frigola, C. (2017), "El vínculo primario entre la madre y el bebé: la posición ocular", *TEMAS DE PSICOANÁLISIS*, núm. 13. <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2017/01/21/los-ojos-esas-lenguas-silenciosas-del-amor-1-el-vinculo-primario-entre-la-madre-y-el-bebe-la-posicion-ocular/>
- Green, P.C. y Gordon, M. (1964), "Maternal Deprivation: It's Influence on Visual Exploration in Infant Monkeys", *Science*, vol. 145, pág. 292.
- Harman, R. (1997), "Procrastination as a symptom of catatonia schizophrenia", *Journal of Orgonomy*, núm. 31, pp. 69-82.
- Katan, M. (1953), "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. 99-1109.
- Kernberg, O. (1991), *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Paidós.
- Konia, C. (2004), "Applied Orgonometry. The origin and function of thought", *The Journal of Orgonomy*, núm. 38, pp. 101-111.
- Jacobson E. (1964), *The self and the object world*, MW Books, Nueva York.
- Mahler, M. (1952), "On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychosis", *Psychoanalytic Study of the Child*, núm. 7.
- Meltzer, D. et al. (1974), *Explorations in autism*, Londres, Clunie Press.
- Piontelli, A. (1987), *From fetus to child: An observational and psychoanalytic study*, The New Library of Psychoanalysis, Londres.
- Plant, R. (2003), "Vulnerable to the eye", *Group Analysis*, núm. 36 (1), pp. 145-155.
- 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, tercera edición.
- Reich, W. (1981), *El asesinato de Cristo*, Brugera, Barcelona.
- Saramago, J. (2001), *Ensayo sobre la ceguera*, Alfaguara, Madrid.
- Segal, H. (2007), *Vision. Yesterday, today and tomorrow*, Londres, Routledge.
- Symington, N. (1986), *The analytic experience. Lectures from the Tavistock Clinic*, Londres, Free Association Books.

Steiner, J. (1994), *Replegaments psíquics*, Barcelona, Columna.
Stern, D. (1977), *The first relationship infant and mother*, Harvard University Press.
Sullivan, H.S. (1984), *Personal psychopathology*, Norton, Nueva York.
Vian, B. (2015), *El amor es ciego*, Alianza Editorial, Barcelona.
Whitener, V. (2016), “A Turn for the Better: Mother-Bonding and Changes in the Delivery Room”, *Wall Street Journal*.

Carles Frigola, Psiquiatra, psicoanalista,
Dip. Tavistock Clinic, Dip. Institute of Group Analysis,
American College of Orgonomy, DM. Wilhelm Reich Infant Trust.
cfrigola@comg.cat

Publicado en: “Temas de Psicoanálisis”. Publicación semestral de la Sociedad Española de Psicoanálisis en formato digital, N° 16, julio 2018.

Volver a Bioanálisis
Volver a Newsletter 11-ALSF

Notas al final

1 .- Como parte del programa de investigación perinatal *Right from the start*.

2 .- Por ejemplo, el color amarillo como símbolo de la libertad y de los derechos civiles en Cataluña, o el color violeta como símbolo del feminismo. Curiosamente todas las entradas, títulos, créditos y el propio micrófono que usan los corresponsales del Telediario de la TV1 están en azul, el mismo color que utiliza el Partido Popular, actualmente en el Gobierno. ¿Una identificación proyectiva somato-sensorial o una simple casualidad?