

28 DE ENERO, 1932. REPRESIÓN, CONVERSIÓN HISTÉRICA; REVELACIÓN DE SU GÉNESIS CUANDO RETORNA TRAS LA CATARSIS.



Sándor Ferenczi

La paciente (B.) en la que los antecedentes reconstruidos por vía analítica hacen suponer, con gran certidumbre, una violación incestuosa, tenía el hábito de producir en un estadio bastante precoz de su análisis abreacciones catárticas casi alucinatorias de sucesos traumatógenos reprimidos. (En realidad, desde la primera sesión, introducida por el “sueño del huevo” hay una reproducción completa de sensaciones: incluso el olor del alcohol y del tabaco en la boca del agresor, torsión violenta de manos y muñecas, sensación de sacarse de encima (con las palmas) el peso de un cuerpo enorme ubicado sobre ella, después sensación de peso sobre el pecho, obstrucción de la respiración por las vestimentas, sofocación, apertura forzada violenta (abducción) de los miembros inferiores, sensación extremadamente dolorosa en el abdomen con un ritmo manifiesto, sensación de *leakage*¹, finalmente sensación de estar extendida como clavada al suelo, hemorragia incesante, visión de una cara de mirada maligna, después sólo visión de las piernas enormes de un hombre arreglando su ropa y dejándola allí extendida. (Historia anterior: invitada a ir a una pieza alejada, un atelier, huir corriendo, aterrorizada, ser atrapada en el jardín.) A pesar de la intensidad y la fuerza emocional de la experiencia catártica, enseguida, o inmediatamente después, sentimiento de irrealidad de todo el asunto. (Interpretación: sentimientos de inverosimilitud, estado doloroso, temor de las consecuencias [aflicción de la madre, suicidio del padre, embarazo, vergüenza, temor de parir], y por esta razón, todo esto no es verdad.) Una vaga impresión: 1) arreglarse en un baño; 2) ser reconfortada por su niñera.

En el curso ulterior del análisis, largos períodos de desconfianza extrema y de resistencia a mi respecto. Sesiones enteras transcurren entre acusaciones y sospechas. (Trampa -financiera y sexual-, pereza, lentitud, a veces, quizás por las mismas razones, mejorías seguidas de recaídas.).

En síntesis, intuición de su actitud de resistencia en el análisis, decisión de practicar una verdadera relajación lo que, cada vez, era seguido de una serie de fenómenos depresivos. En lugar de las ardientes escenas anteriores, se puso pálida, su piel fría, su respiración superficial y apenas perceptible, su pulso irregular y débil. Cuando se la interrogaba, se quejaba de tiritar, su voz era increíblemente débil, las cefaleas eran cada vez más intensas. Estos estados, si no eran interrumpidos, duraban un cuarto de hora o más.

En el curso de varias sesiones, la paciente pidió insistentemente que no la dejase sufrir de ese modo, que interviniese de alguna manera en estos estados, que le “hiciese” algo. En respuesta a esta indicación, me he esforzado, hoy por ejemplo, por comenzar una simple conversación con la paciente, sin incitarla a salir de su estado de relajación y de sufrimiento. Esto ha tenido éxito. De entrada (en realidad aun antes del semi-trance) me habló de su sueño alterado, y hoy, con un poco más de detalles, de lo que llamó su “*bumping*”². Durante años, cuando era niña, no podía dormirse sin antes ponerse en cuclillas y golpearse la cabeza contra el colchón -siempre sobre la frente- innumerables veces y muy fuerte. Contaba los golpes por centenas con

1.- En inglés en el texto: pérdida líquida. (N del T).

2.- En inglés en el texto: *To bump*: golpear, chocar. (N del T).

los dedos de una mano, es decir, un millar con las dos manos. A veces llegaba hasta tres mil antes de caer bruscamente en el sueño más profundo. Debió abandonar este procedimiento cuando creció, pero parecía haber inventado sustitutos equivalentes, aunque menos llamativos: tonadas interminablemente repetidas; una nota interminable, saltando por momentos a una nota más alta, después al cabo de un cierto tiempo, subiendo cada vez más pero por sacudidas u ondas. Ocasionalmente, como por ejemplo hoy, este ascenso tomó un carácter espacial, gráfico. En particular hoy, la subida correspondió o se asemejó al camino que llevaba de su casa a la mía. Cada cuesta de la colina era vivida como una escalada para alcanzar el espacio plano en la cima de la colina, delante de la casa. Esto correspondía a alcanzar el objetivo y así dormir.

Como le repetí todo lo que me había dicho en el contexto precitado, la sensación de frío generalizado de su cuerpo aumentó repentinamente y, a mi insistencia, me habló de toda clase de parestesias. Aparte del frío, no sentía más que la opresión sobre sus dos muñecas en la posición retorcida que ha sido expuesta anteriormente. Un rasgo sorprendente era la hiperestesia de la cabeza, que ya había observado ocasionalmente. El más ligero roce, aun una sacudida impresa al diván, era sentido como increíblemente doloroso. De cada lado de su tórax sentía una presión, como el apretón de dos codos. Repentinamente, conmoción total de la parte superior de su cuerpo, y refiriéndose a la parte inferior dice: ¡sé que hay allí un dolor pero no puedo sentirlo! Hiperestesia de la parte superior del cuerpo, experimentalmente constatable (probablemente con hipoestesia de la mitad inferior; esto, sin embargo, no ha sido controlado). Después de haber explicado la represión de todas las sensaciones hacia arriba, y después de haber predicho que la toma de conciencia de las conexiones permitiría ahora el reflujo de la excitación a la zona de origen real (utilicé la comparación siguiente: oprimo sus sensaciones de lo alto hacia lo bajo como se oprime una esponja), comenzó repentinamente a experimentar dolores violentos en la zona genital.

El desplazamiento hacia lo alto de las reacciones a la excitación le permite desembarazarse del temor de que los hechos no sean reales. Los golpes de cabeza en el colchón, las melodías sin fin, la cefalea, que son el resultado de todo esto, desplazan el dolor hacia una zona más anodina. El dolor proporciona de este modo un relativo alivio del dolor cuando su localización es desplazada sobre una parte del cuerpo moralmente menos significativa y seguramente no real. Hay allí una fuente importante del masoquismo: el dolor como atenuación de otros dolores más grandes.

Como en la “*Sensación de vértigo al fin de la sesión de análisis*”³, la paciente tiene la impresión de que cuando los golpes con la cabeza en el colchón o la ascensión a la colina son interrumpidos de golpe, el movimiento, una vez comenzado y mantenido, se prosigue automáticamente en su cabeza y produce sensaciones de vértigo. Este vértigo es el equivalente de una inmersión brutal en la confusión y la inconsciencia.

(Sandor Ferenczi. Diario Clínico. Editorial Conjeturales, 1984, p. 45-47).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.

3.- Ferenczi, S.: “Sensaciones de vértigo al fin de la sesión psicoanalítica” en *Teoría y técnica del Psicoanálisis*, Buenos aires, Paidós, 1967.