

31 DE ENERO, 1932. LA CATARSIS SE ESTANCA, ¿CÓMO REMEDIARLO?.



Sándor Ferenczi

Se podría creer que la repetición infinita en análisis de la experiencia traumática, que tan pronto pone el acento sobre uno como sobre otro factor, desemboca finalmente en la construcción de una imagen completa, a la manera de un mosaico. En realidad, es lo que ocurre, pero solamente con el sentimiento de una reconstrucción especulativa, y no con la firme convicción de la realidad de los hechos. “Algo” debe agregarse para transformar la coherencia intelectual de lo posible o de lo probable, en una cohesión más sólida de realidad necesaria, incluso evidente.

Hasta ahora, he encontrado solamente dos factores, o más bien fragmentos de explicación, para identificar ese “algo”. Pareciera que los pacientes no pueden creer, o no completamente, en la realidad de un suceso, si el analista, único testigo de lo que ha pasado, mantiene su actitud fría, sin afecto y, como a los pacientes les gusta decir, puramente intelectual, mientras que los sucesos son de tal naturaleza que deben evocar en toda persona presente sentimientos y reacciones de rebelión, de angustia, de terror, de venganza, de duelo e intenciones de ofrecer una ayuda rápida para eliminar o destruir la causa o el responsable; y como se trata en general de un niño, de un niño herido (pero incluso independientemente de esto), hay sentimientos de querer reconfortarlo afectuosamente, etc., etc. Así, se está frente a la opción de tomar verdaderamente en serio el *rol* en el que uno se pone en tanto observador benevolente y compasivo, es decir, que se es al fin de cuentas transportado con el paciente a este período de su pasado (una manera de actuar vedada, sobre la cual Freud me había puesto en guardia) con el resultado de que nosotros mismos como el paciente creamos en esta realidad, es decir, en una realidad existente en el presente y no momentáneamente transpuesta en el pasado. La objeción a esta actitud podría ser la siguiente: claro, nosotros sabemos que la cosa en cuestión, en la medida en que es verdadera, no tiene lugar actualmente. Somos pues deshonestos si permitimos que los sucesos sean escenificados en una forma dramática, actuando nosotros mismos en el drama. Sin embargo, si adoptamos este punto de vista e intentamos desde el principio presentar los hechos al paciente como imágenes mnémicas, y no de la realidad presente, él puede seguir nuestra línea de pensamiento, pero queda acorralado en la esfera intelectual y no alcanza el sentimiento de convicción. “No puede ser verdad que todo esto me haya ocurrido, si no alguien hubiera venido en mi ayuda”, y el paciente prefiere dudar de la justeza de su juicio antes que creer en la frialdad de nuestros sentimientos, nuestra falta de inteligencia, en síntesis, nuestra estupidez y nuestra malignidad.

Los procesos psíquicos que siguen al despertar del traumatismo son análogos. Inmediatamente después de los acontecimientos (más frecuentemente en la infancia), la víctima del shock hubiera podido todavía ser socorrida. La persona shockeada está tan confusa intelectualmente que no puede decir nada preciso respecto a los acontecimientos (evocar aquí la comparación con la amnesia retroactiva, después de una conmoción cerebral). Una persona que se ha paralizado así en su actividad de pensamiento debe ser incitada al trabajo de pensamiento conectándola con las imágenes mnémicas vagas, débiles, o con fragmentos de estas. (Acá se podría contar con más detalle cómo R.N. despierta de su estado brumoso cuando se le solicita algo más que el esfuerzo mental más simple.).

Parece que en este punto del análisis se repite algo de la historia pasada. En la mayor parte de los casos

de traumatismo infantil, los padres no han tenido ningún interés en grabar los incidentes en el espíritu del niño, al contrario, la terapéutica de la represión es la más frecuentemente practicada. “No es nada en absoluto”; “no ha ocurrido nada”; “no lo pienses más”; “*katonadolog*”¹; pero jamás se dice nada de estas cosas despreciables (por ejemplo sexuales). Estas cosas simplemente son recubiertas por un silencio de muerte, las ligeras alusiones del niño no son tomadas en cuenta, incluso rechazadas como incongruentes, y esto con el total consenso de todo su medio y de modo tan sistemático que, frente a esto, el niño cede y no puede mantener su propio juicio.

Al analista no le queda más que reconocer sus verdaderos sentimientos frente al paciente y, por ejemplo, admitir que, cargado de dificultades personales, le es frecuentemente difícil interesarse en lo que dice el paciente. Otras confesiones: el médico exagera sus sentimientos amistosos, sonríe gentilmente y piensa: “que el diablo te lleve, me has importunado en mi siesta”, o bien: “he dormido mal hoy, tengo trastornos digestivos”; e incluso: “la resistencia de este paciente es verdaderamente insoportable, me gustaría echarlo”. Es necesario, seguramente, plantear en principio que el paciente pueda tener este género de sospechas. Pero parece que muchos de ellos no se contentan con saber lo que es posible, quieren saber cuál es la verdad. Puede ocurrir también que el paciente tuviera la idea -o debe ser alentado a tenerla- que una parte de las dificultades para ponernos en su lugar y nuestro displacer o nuestra incapacidad para ser verdaderamente espectadores de este drama, estuviesen provocados por complejos no resueltos, incontrolados, o completamente inconscientes, que subsisten en el analista. En realidad, como analistas debemos reconocer que somos deudores de la agudeza de la mirada crítica de nuestros pacientes, sobre todo cuando la provocamos para percibir mejor las particularidades o puntos débiles de nuestro propio carácter. No conozco ningún caso de análisis de formación, comprendido el mío, que sea suficientemente completo para que tales correcciones, en la vida o en el curso del trabajo, resulten completamente inútiles. La única cuestión es saber hasta dónde puede y debe llegar tal “análisis mutuo”. Seguramente, queda la sospecha de que el paciente quiera aprovechar esta ocasión para distraer la atención de sí mismo y poner en tela de juicio, de un modo paranoide, complejos del analista; el paciente hace de doctor y convierte al analista en paciente. Pero incluso esto no puede ser descartado sin discusión. (a) Aun en un caso de paranoia, es necesario buscar el grano de verdad oculto en toda idea delirante. (b) No se debe descartar la idea de que el hábito de los analistas de buscar siempre los obstáculos en la resistencia de los pacientes, de un modo paranoide, de alguna manera delirante, no sea practicado equivocadamente, a los fines de la proyección o para negar sus propios complejos.

Caso particular de R.N. Los primeros progresos verdaderos en el sentido de la convicción de la paciente se produjeron a continuación de fragmentos de análisis de coloración auténticamente emocional, efectuados de manera completamente metódica sobre el analista, con la demostración exagerada de los sentimientos y una sobreactuación casi insoportable, con sentimientos de odio correspondientes hacia la paciente que, al mismo tiempo, hay que asociar a sobreactuaciones de la infancia y la juventud, extremadamente penosas y aprehendidas únicamente por reconstrucción, como compensación de traumatismos completamente significativos. La aversión a jugar la comedia que caracteriza al analista, el rechazo de los afectos de manera “amanerada”, rápidamente seguidos por la aparición de explosiones de sentimientos “de debilidad” (duelo, conmoción, disgusto, estallidos de llanto), en contraste con la anterior frialdad de los sentimientos. *En el mismo momento*, la paciente se descongela, aparece en ella el sentimiento de que por fin he comprendido (es decir, sentido) su sufrimiento, de lo que se deriva un sentimiento mucho más seguro (a) de la realidad de lo que le ha ocurrido, (b) del contraste entre el presente y la época de estos acontecimientos: soledad completa en lugar de la, posibilidad de informar y ser escuchada con benevolencia.

Objeción evidente: no se puede hacerse analizar por cada paciente. Lo que yo puedo responder a esta objeción, si es que puedo responder, queda en suspenso; la cuestión es: ¿hay casos especiales en que no se puede alcanzar nada sin tal profundización de la situación analítica?

2) Después de la eliminación de los obstáculos del lado del analista, que hacen aparecer de manera

1.- En húngaro: “un soldado puede” expresión equivalente a “un hombre no llora”. (N del T).

más visible los límites de la ayuda aportada, el paciente se ve forzado a buscar otros medios de existencia; pero estos no pueden ser alcanzados más que por el camino de una verdadera curación. La voluntad de curar, es decir, la voluntad de reconocer lo que la realidad tiene de penosa (aun en el pasado) fue sostenida soportando la desilusión proveniente del analista y, sin embargo, aceptando amigablemente y sin obstinación lo que puede ser verdaderamente realizado; esto conduce a análogas modificaciones de investidura en el material mnémico, hasta entonces inconsciente en tanto que insoportable (después de la aparición de las sobreactuaciones exageradas de parte del analista, se dedica la mayor parte del tiempo a descontar la parte de exageración de los sentimientos de transferencia, y a afirmar los desagradados de toda clase que nunca habían podido ser formulados). El resultado final del análisis de la transferencia y de la contratransferencia puede muy bien ser el establecimiento de una atmósfera de benevolencia no pasional, tal como la que pudo existir antes del traumatismo. Después de estas generalidades, es necesario intentar aplicar a cada caso particular la comparación del “estancamiento catártico”.

(Sandor Ferenczi. Diario Clínico. Editorial Conjeturales, 1984, p. 50-55).

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.