

DIFICULTADES TÉCNICAS DE UN ANÁLISIS DE HISTERIA. (1919g).



(Con indicaciones sobre el onanismo larvado y los “equivalentes masturbatorios”)

Sándor Ferenczi

Cierta paciente, que ponía tanta inteligencia como constancia en seguir las reglas de la cura psicoanalítica y que poseía incluso comprensión técnica, no realizaba desde hacía algún tiempo ningún progreso, tras haber experimentado cierta mejoría de su histeria debido sin duda a la primera transferencia. Como el trabajo no avanzaba, recurrí a un medio extremo y fijé una fecha límite para el tratamiento, esperando proporcionar de este modo a la paciente un motivo de trabajo suficiente. Pero esto sólo proporcionó una ayuda temporal. La paciente recayó pronto en su inactividad habitual que disimulaba bajo un amor de transferencia. Las sesiones transcurrían en medio de declaraciones y manifestaciones de amor apasionado por su parte y, por la mía, en medio de vanos esfuerzos para hacerle comprender la naturaleza transferencial de sus sentimientos, y hacerle fijarse en los objetos reales aunque inconscientes de sus afectos. Cuando llegó la fecha fijada la despedí, aunque no había curado. Pero ella se hallaba muy satisfecha de la mejoría experimentada.

Algunos meses después volvió en una situación de absoluto decaimiento; sus problemas se habían reproducido con la intensidad de antaño. Cedió a sus súplicas y reemprendí la cura. Pero poco después, en cuanto llegó al grado de mejoría alcanzado anteriormente, volvió a comenzar con los antiguos manejos. En esta ocasión fueron circunstancias externas las que provocaron la interrupción de la cura, que quedó por segunda vez inacabada.

Una nueva agravación, así como la superación de los obstáculos anteriores, la condujeron a mí por tercera vez. Pero entonces los progresos no duraron demasiado. En el transcurso de las fantasías amorosas que repetía incansablemente y cuyo objeto era siempre el médico, hizo en varias ocasiones, como de paso, la observación de que experimentaba “sensaciones por abajo”, es decir, sensaciones eróticas genitales. Sólo entonces pude constatar fortuitamente, al observar la manera en que se hallaba recostada sobre el diván, que tenía las piernas cruzadas durante toda la sesión. Ello nos condujo -y no era la primera vez- al tema del onanismo que las jóvenes y las mujeres practican preferentemente apretando los muslos uno contra otro. Ella negó de forma categórica, como lo había hecho ya antes, haber realizado jamás tales prácticas.

Debo confesar que necesité mucho tiempo -y esto es sintomático de la lentitud con la que una intención nueva ya operante emerge en la conciencia- para pensar en prohibir esta postura a la paciente. Le expliqué que se trataba de una forma larvada de masturbación, que permitía descargar subrepticamente las mociones inconscientes y que no dejaba pasar más que fragmentos inutilizables en el material asociativo. He de calificar de fulminante el efecto producido por esta medida. La paciente, a quien se prohibió este modo habitual de descarga sobre el plano genital, comenzó a sufrir durante las sesiones una agitación física y psíquica casi intolerable; no podía permanecer tranquilamente acostada y tenía que cambiar de posición constantemente. Sus fantasías se iban pareciendo a delirios febriles de los que finalmente surgieron fragmentos de recuerdos sepultados desde hacía tiempo, que poco a poco fueron agrupándose en torno a ciertos sucesos de la infancia y proporcionaron las circunstancias traumáticas más importantes de la enfermedad.

La mejoría subsiguiente señaló un progreso decisivo, pero la paciente -observando escrupulosamente la prohibición- parecía acomodarse a esta forma de abstinencia e instalarse confortablemente en este estadio del conocimiento. Dicho con otras palabras, dejó nuevamente de trabajar y se refugió en el bastión del amor

de transferencia.

Alertado por las experiencias anteriores, traté de privarla de los escondrijos en que ocultaba su satisfacción autoerótica. Pareció que seguía bien la prescripción *durante la sesión de análisis*, pero la infringía constantemente durante el resto del día. Supimos que se las arreglaba para *erotizar* la mayoría de sus actividades como ama de casa y madre apretando imperceptiblemente, y sin tener conciencia de ello, una pierna contra la otra. Naturalmente, se sumergía entonces en fantasías inconscientes cuya aparición impedía de este modo. Al extender la prohibición a toda la jornada tuvo lugar una nueva mejoría, pero también pasajera.

Este caso parecía confirmar el adagio latino “Naturam expellas furca, tamen ista recurret”. Advertí en ella durante el análisis ciertos “actos sintomáticos”, como el divertirse apretando o estirando diferentes partes de su cuerpo. Cuando le prohibí cualquier forma de onanismo larvado, los actos sintomáticos se convirtieron en *equivalentes del onanismo*. Entiendo por ello las excitaciones aparentemente anodinas de partes del cuerpo indiferentes que, sin embargo, reemplazan, cualitativa y cuantitativamente, la erogeneidad de los órganos genitales. En este caso, la libido, se hallaba de tal manera privada de cualquier otra posibilidad de descarga que podía crecer hasta alcanzar un verdadero *orgasmo* en el nivel de estas partes del cuerpo que, por su naturaleza, no son zonas erógenas prevalentes.

La impresión que le causó esta experiencia fue la única capaz de hacerle admitir conmigo que disipaba toda su sexualidad en estos “malos hábitos”, menores, y luego a aceptar la renuncia a este modo de excitación practicado desde la infancia, en pro de su curación. Se había comprometido a una penosa tarea, pero la cuestión merecía la pena. Su sexualidad, a la que fue imposible desarrollarse por caminos anormales, halló por sí misma, sin necesitar la menor indicación al respecto, el camino de la zona genital que era el normalmente asignado y que ella había rechazado en determinada época de su desarrollo, exiliándolo, por así decir, de su patria, hacia territorios extranjeros. A esta repatriación todavía se opuso la reaparición pasajera de una neurosis obsesiva de la que había padecido en su infancia, pero fue fácil de interpretar y la paciente la comprendió sin dificultad.

La última etapa estuvo marcada por la aparición de una *necesidad de orinar* intempestiva e inmotivada, a la que también se le prohibió ceder. Con gran extrañeza mía, me contó en una ocasión que había sentido una excitación de los órganos genitales de tal intensidad que no había podido impedir el procurarse alguna satisfacción frotando vigorosamente su vagina. No aceptó directamente la idea de que su gesto confirmaba mi hipótesis de un *período de masturbación activa en su infancia* pero en seguida proporcionó sueños y asociaciones que la convencieron. Esta recaída en la masturbación no duró mucho. Paralelamente a su lucha contra la masturbación infantil, llegó con bastante dificultad a hallar satisfacción en las relaciones sexuales normales, lo cual hasta entonces -a pesar de la potencia excepcional de su marido que ya le había dado muchos hijos- le resultaba imposible. Al mismo tiempo, muchos síntomas histéricos aún no resueltos hallaron su explicación en las fantasías y en los recuerdos genitales aparecidos entonces.

Durante este análisis tan complejo me esforcé únicamente en descubrir lo que presentaba un interés sobre el plano técnico y en describir cómo conseguí establecer una nueva regla analítica. Hela aquí: durante el tratamiento es necesario pensar en la posibilidad de un onanismo larvado así como en sus equivalentes masturbatorios y, en cuanto se advierten los síntomas, suprimirlos. Estas actividades, que podrían creerse inofensivas, son en realidad susceptibles de convertirse en refugios de la libido a la que el análisis ha privado de sus bloqueos y, en los casos extremos, pueden llegar a reemplazar toda la actividad sexual del sujeto. Y aunque el paciente nunca indica que estos modos de satisfacción escapan al analista, los recubre con todas sus fantasías patógenas, permitiéndole en todo momento la descarga directa mediante la motilidad, ahorrándose de este modo el trabajo penoso y desagradable de hacerlos conscientes.

En posteriores ocasiones he podido comprobar esta regla técnica de modo concreto. Su toma en consideración ha permitido superar algunas resistencias tenaces a la prosecución del trabajo analítico. Quienes siguen atentamente la literatura psicoanalítica puede que observen una contradicción entre esta medida técnica y las opiniones profesadas respecto al onanismo por numerosos psicoanalistas. Los pacientes que me obligaron a recurrir a esa técnica no dejaban de hacerme la observación: “Se afirma, decían, que el onanismo carece de peligro y, sin embargo usted me lo impide” Esta contradicción es fácil de resolver.

Sin variar para nada nuestra opinión en cuanto al carácter relativamente inofensivo de la masturbación, por ejemplo, en casos de privación, podemos, sin embargo, mantener la exigencia de este tipo de abstinencia. En efecto, no se trata en este caso de una prohibición general de la autosatisfacción, sino de una medida provisional destinada a servir los objetivos y a favorecer la prosecución de la cura analítica. Por lo demás, cuando la marcha del tratamiento es favorable, muchos pacientes dejan de sentir la necesidad de recurrir a este modo de satisfacción infantil o juvenil.

Sin embargo, no siempre ocurre así. Hay incluso casos en que los pacientes reconocen, durante la cura, haber tenido por primera vez en su vida el deseo de una satisfacción masturbatoria, determinando por esta “acción explosiva” la transformación favorable que se perfila en su posición libidinosa. Pero esto sólo puede aplicarse al onanismo manifiesto acompañado de un contenido fantasioso erótico consciente, y no a las múltiples formas de onanismo “larvado” y sus equivalentes. Estos últimos pueden ser considerados en principio como patológicos y necesitan una aclaración analítica. Pero esta no es posible, como hemos visto, más que haciendo cesar, al menos provisionalmente, la práctica en cuestión, de forma que la excitación que provoca se oriente por caminos puramente psíquicos y por último quede abierto un paso hacia un sistema consciente. Sólo cuando el paciente ha conseguido soportar la conciencia de sus fantasías masturbatorias, debe devolverse la libertad de actuación. Lo más frecuente es que no vuelva a recaer más que en casos de auténtica necesidad.

Aprovecho la ocasión para enumerar algunas formas de actividades masturbatorias larvadas o sustitutivas. Son muchas las personas no neuróticas, pero sí neurasténicas, que se masturban inconscientemente, por decirlo así, durante toda su vida. Los hombres, por ejemplo, tienen constantemente las manos en los bolsillos del pantalón y, a través de los movimientos de sus dedos y de sus manos, se observa que aprietan, frotan y pellizcan su pene. Sin duda ninguna no piensan “mal” sino que, por el contrario, se hallan probablemente sumergidos en profundas especulaciones, matemáticas, filosóficas o comerciales. Por mi parte pienso que en tales casos tal “profundidad” no es demasiada. Puede que tales problemas requieran toda su atención, pero las verdaderas profundidades de su vida psíquica (las que permanecen inconscientes) se preocupan de forma paralela de las fantasías eróticas primitivas y se procuran directamente, como sonámbulos, la satisfacción deseada.

Algunos, en lugar de hurgar en sus bolsillos, presentan un temblor clónico de los músculos de su pantorrilla, que a menudo resulta desagradable para quienes se hallen próximos. En cuanto a las mujeres, a quienes la forma de sus vestidos, lo mismo que la educación, impiden movimientos tan visibles, aprietan las piernas una contra otra o las cruzan. Especialmente durante el tiempo de la costura, que distrae su atención, se procuran tales “primas de placer”.

Aunque se dejen de lado las consecuencias psíquicas, no puede considerarse totalmente inofensivo este onanismo inconsciente. En estos casos, a pesar de que nunca llega a conseguir un orgasmo completo sino sólo excitaciones frustradas, puede contribuir a la aparición de estados neuróticos de angustia. Y también conozco casos en los que esta excitación continua, con orgasmos muy frecuentes, aunque mínimos (que pueden ir acompañados en el hombre de un derramamiento de líquido prostático), acaba por volver a estas personas neurasténicas y perjudica su potencia.

Sólo quien es capaz de retener y acumular durante cierto tiempo sus impulsos libidinosos y los deja aflorar plenamente hasta sus órganos genitales en presencia de objetos y objetivos sexuales apropiados, dispone de una potencia normal. El despilfarro permanente de pequeñas cantidades de libido atenta contra esta capacidad. (Esto no se aplica en general a la masturbación periódica conscientemente deseada.)

Otro factor que, según nuestra forma de ver, parece contradecir las opiniones anteriormente expresadas, puede ser nuestra concepción de los *actos sintomáticos*. Freud nos ha enseñado que tales manifestaciones de la psicopatología de la vida cotidiana pueden, durante el tratamiento, indicar la existencia de fantasías rechazadas y, en consecuencia, poseer una significación, aun siendo por lo demás totalmente anodinas. Hemos visto, sin embargo, que pueden quedar fuertemente bloqueados por la libido rechazada de otras posiciones y convertirse en equivalentes masturbatorios que no son inofensivos. Aquí hallamos estadios intermedios entre los actos sintomáticos y determinadas formas de *tic convulsivo* para las que hasta ahora carecemos de explicación psicoanalítica. Espero que muchos de estos tics aparezcan, a la luz del análisis,

como equivalentes estereotipados del onanismo. La notable vinculación que existe entre los *tics* y la *coprolalia* (por ejemplo, cuando se reprimen las manifestaciones motrices) sería lo mismo que la irrupción en el preconscious de fantasías eróticas -generalmente sádico-anales- simbolizadas por los tics, conjuntamente con un bloqueo espasmódico de los rasgos mnésicos verbales correspondientes. De este modo, la coprolalia debería su formación a un mecanismo semejante al que sirve de base a la técnica que hemos experimentado, que permite a determinados impulsos, hasta entonces desahogados en sus equivalentes masturbatorios, acceder a la conciencia.

Tras esta digresión en el terreno de la higiene y de la nosología, volvamos a las reflexiones psicológicas y técnicas, mucho más interesantes, que puede inspirarnos el caso referido al principio. En él me vi obligado a abandonar el papel pasivo que habitualmente desempeña el psicoanalista en la cura y que se limita a escuchar e interpretar las asociaciones del paciente, y tuve que ayudar a la enferma a superar los puntos muertos del trabajo analítico, interviniendo activamente en sus mecanismos psíquicos.

El prototipo de esta “técnica activa” se lo debemos también a Freud. En el análisis de las histerias de angustia, ha recurrido -en caso de una paralización análoga- al expediente que consiste en exigir de los pacientes que afronten precisamente las situaciones críticas que suscitan su angustia, no para “habituarse” a estos temas angustiosos, sino para desligar de sus vínculos asociativos a los afectos mal arraigados. De este modo, se espera que las valencias inicialmente no saturadas de estos actos que se han convertido en flotantes atraerán prioritariamente las representaciones más adecuadas cualitativamente y que les corresponden en un planteamiento histórico. Porque también aquí se trata, como en nuestro caso, de encauzar las vías inconscientes y habituales de descarga de la excitación y de obtener a la fuerza el bloqueo preconscious así como la versión consciente de lo rechazado.

Tras el descubrimiento de la transferencia y de la “técnica activa” podemos decir que el psicoanálisis dispone, además de la observación y de la deducción lógica (interpretación), del método experimental. Lo mismo que en la experimentación animal es posible, ligando las grandes redes arteriales, elevar la presión sanguínea en zonas alejadas, nosotros podemos y debemos hacerlo en determinados casos, destruir las vías inconscientes de descarga de la excitación psíquica para obligarla, gracias al “aumento de presión” de la energía así obtenida, a vencer la resistencia opuesta por la censura y a establecer un “bloqueo estable” mediante sistemas psíquicos superiores.

A diferencia de la sugestión, no ejercemos ninguna influencia sobre la nueva dirección del flujo energético y no nos dejamos sorprender por los giros inesperados que, debido a ello, podría tomar el análisis. Este tipo de “psicología experimental” es apto, más que cualquier otro medio, para convencernos de la exactitud de la teoría psicoanalítica de las neurosis según Freud, así como de la validez en la psicología fundada sobre ella (y sobre la interpretación de los sueños). En particular, aprendemos de este modo a estimar en su justo valor la hipótesis freudiana relativa a la existencia de *instancias psíquicas* subordinadas unas a otras, y nos habituamos a tener en cuenta las *cantidades psíquicas* al igual que otras masas energéticas. Un ejemplo como el aducido nos muestra una vez más que en la histeria no son simples “energías psíquicas” las que operan, sino fuerzas libidinosas o, más exactamente, fuerzas genitales impulsivas, y que la formación de los síntomas cesa si se consigue dirigir hacia los órganos genitales la libido utilizada de forma anormal.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo II, cap.LXXXIII. “La desnudez como medio de intimidación”. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

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.