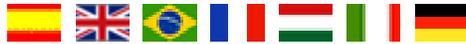


PSICOANÁLISIS DE UN CASO DE HIPOCONDRIA HISTÉRICA¹. (1919n).



Sándor Ferenczi

Debido a la técnica psicoanalítica y a la evolución lenta de los procesos de curación o de resolución que se extiende sobre un largo período, la impresión general proporcionada por un caso tiende a borrarse y únicamente algunos momentos de la compleja cadena retienen la atención a medida que se presentan.

Pero he aquí que puedo presentar un caso cuya curación ha sido muy rápida y cuyo cuadro clínico, interesante y extraordinariamente variado, tanto por su contenido como por su forma, se ha desarrollado rápidamente como una serie de imágenes cinematográficas, prácticamente sin pausas.

La paciente, una hermosa joven extranjera, fue traída por sus padres tras el fracaso de diferentes métodos terapéuticos. Me causó muy mala impresión. Su síntoma más saliente era una *angustia* particularmente intensa. Sin ser agorafoba, desde hacía tres meses no podía permanecer sola ni un instante; si lo hacía experimentaba crisis de angustia extraordinariamente violentas, incluso de noche, y se veía obligada a despertar a su marido o a la persona que durmiera cerca para contarle durante horas sus representaciones y sus sentimientos de angustia. Sus lamentos consistían en sensaciones corporales hipocondríacas a las que se asociaba una angustia mortal. Sentía algo en su garganta, “puntas” que brotaban de su cuero cabelludo (y estas sensaciones le obligaban a tocarse de continuo la garganta y la piel del rostro); sus orejas se alargaban, su cabeza se desplomaba hacia delante, su corazón palpitaba, etc. En cualquier sensación de este tipo creía ver un signo de su próxima muerte y por ello se observaba sin descanso; también pensaba en el suicidio. Según decía, su padre había muerto de una arteriosclerosis, y éste era el fin que le aguardaba. También ella (como su padre) se volvería loca y moriría en una clínica psiquiátrica. Todo esto me indujo en el primer examen a explorar su garganta buscando una posible anestesia o hiperestesia, lo cual provocó en ella un nuevo síntoma: necesitaba observar continuamente en el espejo las alteraciones de su lengua. Las primeras sesiones transcurrieron en medio de largas y monótonas lamentaciones sobre todas estas sensaciones y me indujeron a considerar los síntomas de este caso como ideas hipocondríacas delirantes, ininfluenciables, tanto más cuanto que recordaba algunos casos recientes similares.

Al cabo de cierto tiempo, pareció haber agotado un tanto el tema; es cierto que no intenté ni animarla ni influenciarla, dejándola desgranar sus lamentos sin interrumpirla. Aparecieron incluso algunos ligeros síntomas de transferencia: se sentía, según ella, más calmada tras la sesión, aguardaba la próxima con impaciencia, etc. En seguida aprendió a “asociar libremente”, pero desde el primer intento la asociación revistió la forma de un comportamiento teatral, extravagante y muy apasionado.

“Soy el gran industrial N. N. (y decía el nombre de su padre con un pronunciado tono de suficiencia)”. Luego actuó como si realmente ella fuera su padre, dando órdenes, jurando (con grosería y sin ninguna vergüenza, según se acostumbra en esta región); reprodujo a continuación escenas en que su padre se había comportado como un demente antes de ser internado etc. Al fin de la sesión, se orientó, sin embargo, perfectamente se despidió cortésmente y se dejó acompañar a casa sin dificultad.

La sesión siguiente la inició retornando a la escena anterior y repitiendo a menudo: “Soy N. N. (el padre),

1.- Véase “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”, en este mismo volumen.

tengo un pene”. Narró una escena infantil durante la cual una nodriza particularmente odiada la amenazaba con un recipiente para lavativas porque no quería ir por sí misma al retrete. Las sesiones siguientes estuvieron consagradas a lamentaciones hipocondríacas, o a escenas sobre la locura del padre, y luego a fantasías apasionadas de transferencia. Exigió -en lenguaje grosero, propio de un campesino- una satisfacción sexual y llenó de insultos a su marido por no ser capaz de proporcionársela (lo cual no correspondía a la realidad). Su marido me contó luego que a partir de este momento ella había deseado también en la realidad la satisfacción sexual cuando desde hacía tiempo la rehusaba.

Su exaltación maníaca se calmó un poco después de estas descargas y quedamos dispuestos a estudiar la historia de su caso. Narró las circunstancias en las que había enfermado. Al estallar la guerra su marido fue llamado a filas y ella tuvo que reemplazarle en el negocio; pero no conseguía acertar porque pensaba continuamente en su hija mayor (que tenía unos seis años), obsesionada por la idea de que pudiera ocurrirle algo en casa. En consecuencia, acudía de continuo a su casa para comprobarlo. Esta hija mayor había nacido con un meningocelo raquídeo; fue operada y sobrevivió, pero sus extremidades inferiores y su vejiga quedaron irremediablemente paralizadas. Sólo podía desplazarse a gatas y era preciso asearla “cien veces al día por lo menos” a causa de su incontinencia. “Pero esto no importa, la quiero mil veces más que a la segunda (que gozaba de buena salud)”. Toda la vecindad confirmó que mimaba a esta hija enferma a expensas de la pequeña sana. Ni siquiera admitía la posibilidad de ser desgraciada a causa de la enferma: era tan gentil, tan inteligente, tan guapa.

Enseguida me pareció evidente que todo esto representaba un enorme esfuerzo de rechazo para la paciente; que en realidad deseaba inconscientemente con todas sus fuerzas la muerte de esta niña desafortunada, y la presencia de este peso le había impedido enfrentarse con los nuevos esfuerzos exigidos por la guerra. Así que se había refugiado en la enfermedad.

Tras una prudente preparación, le manifesté mi criterio sobre su enfermedad; y progresivamente, tras varios intentos vanos de retornar a la locura o a la pasión transferencial, consiguió tomar conciencia en alguna medida del enorme dolor y de la vergüenza que le causaba la enfermedad de su hija.

Recurrí entonces a un procedimiento de la “técnica activa”.² Envié a la paciente a pasar un día en su casa para que tuviera ocasión de revivir los sentimientos que le inspiraban sus hijas a la luz de sus recientes interpretaciones. Pero, una vez en su casa, consagró de nuevo todo su amor y sus caricias a la hija enferma y volvió triunfalmente a la siguiente sesión declarando: “¡Ve usted, todo era falso!, sólo amo a mi hija mayor”, etc. Sin embargo, en esta misma sesión, en medio de enorme llanto, tuvo que confesar lo contrario. En efecto, como era apasionada e impulsiva por naturaleza, le sobrevinieron bruscamente obsesiones en las que estrangulaba a aquella hija, la ahorcaba o la maldecía: “¡que caiga sobre ti el rayo divino!” (juramento usual en su país).

La cura tomó pronto el camino del amor de transferencia. La paciente se mostró herida por el tratamiento puramente médico reservado a sus proposiciones amorosas reiteradas y en esta ocasión manifestó involuntariamente un narcisismo excepcionalmente potente. La resistencia provocada por esta herida de su amor propio y de su vanidad nos hizo perder algunas sesiones pero nos proporcionó la ocasión de reproducir “ofensas” análogas de las que su vida estaba llena. Estuve en disposición de mostrarle que, cada vez que se

2.- He aquí algunos resultados: la sensación compulsiva de tener “la cabeza que se inclina hacia adelante” expresaba la nostalgia del embarazo, desplazado “hacia arriba”. Ella deseaba otros hijos (chicos) en lugar de los que tenía (la hija enferma y la otra). “¡Nunca hay nada nuevo!”, tenía costumbre de repetir, aludiendo a su rostro; lo que también formaba parte de su complejo de embarazo. La paciente había abortado dos veces, y no accidentalmente; y lo lamentaba de manera inconsciente. Las *palpitaciones* eran la reminiscencia de impulsos libidinosos en el transcurso de reuniones con jóvenes simpáticos que le parecían potentes. (Ser potente significaba para ella poder engendrar *chicos* y, en general, hijos *sanos*). Las “puntas” que salían de la cabeza estaban superdeterminadas. Significaban no sólo los piojos sino también (como es frecuente) niños pequeños. Dos sueños característicos: I.- Ella está viendo *sacos colgados* (portamonedas). (Interpretación: si admite que quiere colgar a su hija, puede ahorrarse el pago de honorarios suplementarios). II.- Una hermana danza el *cake-walk*; su padre está también presente. (Reproducción de su noche de bodas durante la cual su placer sexual fue perturbado por la idea de que su padre estaba presente).

enamoraba de una de sus muchas hermanas (ella era la menor), se sentía herida por el desprecio que la otra le testimoniaba. Su envidia y su rencor iban tan lejos que por puro despecho denunció a una pariente a la que había sorprendido con un joven. A pesar de su reserva y de su aparente retraimiento, era muy pretenciosa y tenía en gran concepto sus cualidades físicas e intelectuales. Para evitar decepciones demasiado dolorosas, prefería obstinadamente retirarse cuando se trataba de rivalizar con alguna otra joven. Ahora comprendía yo también aquella sorprendente fantasía que había formulado en uno de sus accesos de pseudo-demencia: se había representado una vez más como si fuera el padre (loco) y había afirmado que deseaba tener una relación sexual con *ella misma*.

Incluso la enfermedad de su hijita sólo le produjo un efecto de gran violencia después de su *identificación*, muy comprensible, con ella; por otra parte había podido observar con anterioridad algunos ataques a su propia integridad corporal. Había venido al mundo con un defecto físico: bizqueaba, y antes de ser operada de su estrabismo en la juventud, tuvo que superar una viva angustia, ante la idea casi enloquecedora de que pudiera quedarse ciega. Aquel estrabismo la había convertido además, en su infancia, en objeto de burla por parte de sus camaradas.

Poco a poco conseguimos interpretar algunas de sus sensaciones hipocondríacas. La sensación en la garganta correspondía al deseo de hacerse escuchar y admirar su hermosa voz de contralto. Las “puntas que le brotaban en el cuero cabelludo” representaban los pequeños parásitos que mucho antes, con gran vergüenza suya, habían aparecido en su cabeza; el “alargamiento de las orejas” fue atribuido a que en la escuela un maestro la había tratado de “asno”, etc.

El recuerdo-pantalla más antiguo al que tuvimos acceso fue una escena de exhibición mutua entre ella y un muchacho de su edad en el granero de su casa; y tengo la sospecha de que esta escena disimula impresiones más intensas sufridas por la paciente. El *deseo del pene*, que se había fijado en ella entonces, era seguramente lo que le permitía en sus delirios una identificación con su padre singularmente fácil (“Tengo un pene”, etc.).

En último término, no es tanto la anomalía congénita de su hija mayor la que puede considerarse causa de su enfermedad como el hecho de haber tenido dos hijas en lugar de hijos (siendo aquéllas unos seres sin pene que no podían orinar correctamente como los chicos). Y de aquí, con toda seguridad el horror inconsciente por la incontinencia de su hija enferma. Por otra parte, la enfermedad de la mayor parece que no comenzó a afectarle seriamente más que cuando trajo al mundo una segunda hija.

La paciente volvió muy calmada tras una segunda permanencia en su país. Se hacía a la idea de que prefería a la pequeña, y que deseaba la muerte de su hija enferma, etc.; dejó de lamentarse de sensaciones hipocondríacas y concibió el proyecto de volver pronto y definitivamente a su casa. Pero, tras esta repentina mejoría, descubrí la resistencia a que terminara la cura. El análisis de sus sueños me obligó a concluir que tenía una desconfianza paranoide respecto a la honestidad del médico; pensaba que yo pretendía prolongar la cura para sacarle más dinero. A partir de entonces, traté de llegar a su erotismo anal vinculado a su narcisismo (por ejemplo, el temor infantil al recipiente de la lavativa), pero no lo conseguí de forma completa. La paciente prefirió conservar una reliquia de sus particularidades neuróticas y volvió a su casa prácticamente curada.³

Dejando aparte el desarrollo excepcionalmente rápido de la enfermedad, la hepicrisis de este caso presenta todavía más de un elemento interesante. Tenemos que vérnoslas aquí con una mezcla de síntomas puramente hipocondríacos y de síntomas histéricos; también el cuadro clínico, que al comienzo del análisis parecía tender a la esquizofrenia, gira al final del tratamiento hacia la paranoia, apenas esbozada por cierto.

Merece ser destacado el mecanismo de determinadas parestesias hipocondríacas. Tales parestesias reposaban en principio sobre la preferencia narcisista por el propio cuerpo, pero se convirtieron a continuación -un poco a la manera de la “complacencia somática”- en medios de expresar procesos histéricos (“ideógenos”): por ejemplo, la sensación de alargamiento de las orejas se convirtió en el símbolo mnésico de un traumatismo psíquico.

3.- Véase mi artículo “Las patoneurosis”, en Psicoanálisis II.

La atención se dirige, pues, sobre los problemas relativos a los fundamentos orgánicos de la hipocondría y de la histeria de conversión que todavía no han sido aclarados. Se tiene la impresión de que la misma estasis de la libido orgánica pueda -según la constitución sexual de enfermo- entrañar una superestructura puramente hipocondríaca o histérica. Nuestro caso presentaba aparentemente una combinación de las dos posibilidades y la cara histérica de la neurosis ha permitido la transferencia y la eliminación de las sensaciones hipocondríacas mediante el psicoanálisis. Cuando no existe esta posibilidad de descarga, la hipocondría permanece inaccesible y queda confinada, a menudo de forma delirante, en la sensación y la observación de las parestesias.

La hipocondría pura es incurable; sólo cuando existen -como aquí- elementos añadidos que provienen de una neurosis de transferencia puede intentarse una acción *psicoterapéutica con alguna garantía* de éxito.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo III, 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.