

## LAS FANTASÍAS PROVOCADAS (1924b). (Actividad en la técnica de la asociación).



Sándor Ferenczi

En el Congreso de La Haya, en una comunicación sobre la técnica “activa” en psicoanálisis,<sup>1</sup> mostré cómo uno se halla a veces obligado a formular al paciente órdenes y prohibiciones sobre sus actos para perturbar el modo habitual (patológico) de descarga de las excitaciones en el inconsciente y obtener de este modo que la nueva repartición de la tensión psíquica consecutiva a esa intervención permita la activación en el inconsciente del material aún oculto y quede éste disponible como material asociativo. A partir de entonces, he observado la posibilidad de ampliar esta actividad con el fin de actuar sobre el propio material asociativo. Por ejemplo, cuando el paciente parece desear “abusar de la libertad de asociación”<sup>2</sup> y cuando se le hace observar, o cuando se interrumpe bruscamente el flujo verbal del analizado para volver a algún tema precedente al que intentaba escapar por su verborrea, faltamos aparentemente a la “regla fundamental” del psicoanálisis, pero seguimos otra de sus normas, aún más importante, la que indica que una de las tareas fundamentales del analista consiste en desenmascarar las resistencias del paciente. Y no puede hacerse una excepción en el caso particular en que la resistencia pretende recurrir a nuestra regla fundamental de asociación para contrarrestar los objetivos del tratamiento.

En algunos casos aún más raros, me he visto obligado, según lo manifesté en La Haya, a extender estas prohibiciones de asociación a la actividad fantasiosa del paciente. Me ha ocurrido a menudo enfrentarme con enfermos cuyos síntomas consistían en ensoñaciones diurnas repetidas, y en esos casos he tenido que interrumpir brutalmente tales fantasías e incitar vivamente a los pacientes a buscar la impresión psíquica de la que huían de modo fóbico y que les hacía escabullirse mediante el recurso a la fantasía patológica. Ya entonces pensaba, y siempre he estado convencido de ello, que nuestra intervención no podía ser acusada de combinar la asociación libre y los procedimientos procedentes de la sugestión. En efecto, nuestra acción se limitaba en todo caso a dividir, a impedir determinadas vías asociativas y el material que el analizado producía entonces se presentaba sin que hubiéramos despertado en él representaciones de espera.

Más tarde me di cuenta de que resultaría a la vez pedante y excesivo mantener esta reserva en cualquier circunstancia y que era preciso incluso admitir el no haber observado nunca al pie de la letra esta condición restrictiva. Cuando interpretamos las asociaciones libres del paciente, cosa que hacemos muchas veces por sesión, interferimos el curso de sus asociaciones, suscitamos en él representaciones de espera y dificultamos de este modo el camino a sus encadenamientos ideativos incluso a nivel de contenido; en consecuencia, resultamos excesivamente activos porque esto equivale a formular prohibiciones de asociar. Pero existe una diferencia entre estos procedimientos y la sugestión ordinaria. No consideramos irrefutables las interpretaciones que proponemos al paciente; es el material que viene después, rememoración o repetición, el que debe demostrar su validez. En esas condiciones, y Freud lo ha mostrado luego, la “sugestibilidad” del analizado, es decir, la aceptación sin crítica de nuestras sugestiónes, no es demasiado importante. Por el contrario, la primera reacción del paciente a la interpretación es en general la resistencia, un rechazo más o menos categórico, y sólo más tarde se nos proporciona el material probatorio. Hay, además, otra diferencia

1.- “Prolongaciones de la técnica activa”, en este mismo volumen.

2.- “La técnica psicoanalítica”, ene. volumen II.

entre el analista y el sugestionador omnipotente: nosotros conservamos una cierta dosis de escepticismo respecto a nuestras propias interpretaciones y estamos dispuestos siempre a modificarlas, incluso a retirarlas, aunque el paciente haya comenzado ya a aceptar nuestra interpretación errónea o incompleta.

Estas consideraciones anulan la principal objeción contra la utilización más amplia de estas prohibiciones de asociar en el análisis, por supuesto sólo en el caso en que esta medida impida al trabajo analítico estancarse o prolongarse en exceso.

Debo evocar un tipo de individuo que da la impresión, tanto en el análisis como en la vida, de tener una actividad fantasiosa particularmente pobre, individuos sobre los cuales las experiencias más intensas no parecen dejar huella. Estos sujetos son llevados a evocar situaciones que despertarían en cualquier ser humano intensos afectos de angustia, de venganza, de excitación erótica, así como las acciones, los impulsos, las fantasías o al menos los movimientos expresivos internos o externos exigidos por la descarga de tales afectos: ahora bien, ellos no experimentan ni manifiestan el menor síntoma de tales reacciones. En este caso, apoyándonos en el presupuesto que atribuye el comportamiento a un rechazo del material psíquico y a una represión de los afectos, no dudo en pedir a los pacientes que busquen las reacciones adecuadas y, si se obstinan en decir que no se les ocurre nada, les obligo a que las imaginen. La objeción que generalmente me hace el paciente sobre que sus fantasías serían totalmente “artificiales”, “poco naturales”, totalmente extrañas a su naturaleza, inventadas, etc., un argumento que me permite declinar toda responsabilidad, es combatida por mí en general diciéndole que no tiene por qué decir la verdad (la realidad efectiva), sino todas las ideas que se le ocurran sin tener en cuenta su realidad objetiva y que nada le obliga a considerar tales fantasías como producciones espontáneas. Desarmada de este modo su resistencia intelectual, el paciente intenta luego, en general con gran prudencia, desviar la cuestión, interrumpiéndose o amenazando con detenerse en cualquier momento (lo que exige una presión continua por parte del analista). Pero poco a poco se va poniendo a tono, sus sentimientos fantasmagóricos “fabricados” se hacen más variados, más vivos y más ricos. Por último, no puede considerarlos ya con mirada fría y objetiva, su imaginación “se embala” e incluso me ha ocurrido ver en varios casos desembocar este tipo de fantasías “inventadas” en una vivencia de intensidad casi alucinatoria, acompañada de todos los signos de la angustia, de la cólera o de la excitación erótica, según el contenido de la fantasía. No puede negarse el valor analítico de estas “fantasías provocadas”, como yo las llamo. Por una parte, proporcionan la prueba de que el paciente, contrariamente a lo que se cree, es absolutamente capaz de estas producciones psíquicas; por otra, nos proporciona los medios de explorar con mayor profundidad el rechazo inconsciente.

En algunos casos, si el paciente no quiere producir nada a pesar de mi insistencia, no dudo en exponerle más o menos lo que hubiera sentido, pensado o imaginado en la situación en cuestión; y, si finalmente acepta seguirme, concedo naturalmente menos importancia a la trama proporcionada por mí que a los detalles añadidos por él.

Esta especie de ataque sorpresa, a pesar de la intensidad de la experiencia de la “fantasía provocada” producida durante la sesión, tiende a movilizarlo todo hasta que llega la próxima para destruir el poder de convicción que se deriva de él y el paciente debe vivir muchas veces la misma fantasía u otra análoga antes de conseguir convencerse de ella. En otros casos, vemos producirse o reproducirse escenas que son totalmente inesperadas, que no han sido previstas ni por el médico ni por el paciente; dejan una impresión indeleble sobre el espíritu del paciente y dan un empujón al trabajo analítico. Pero si equivocamos la ruta y el paciente responde a nuestros estímulos con ideas y fantasías incompatibles con las que hemos provocado, debemos reconocer francamente nuestro error, aunque no debe excluirse la idea de que el material analítico nos dé más tarde la razón.

Las fantasías que me he visto obligado a provocar de esta forma son fundamentalmente de tres tipos:

- 1.- Fantasías de transferencia negativas y positivas.
- 2.- Fantasías relativas a recuerdos infantiles.
- 3.- Fantasías masturbatorias.

Quisiera exponer algunos ejemplos sacados de mi material analítico de estas últimas semanas. He recordado con bastante brutalidad (hacia el fin de su análisis) la inanidad de su actitud a un hombre cuya vida fantasiosa no era en absoluto pobre, pero se hallaba muy inhibida en la expresión de sus sentimientos

por ideas preconcebidas (ideales) y que transfería sobre mí demasiada amistad y afecto. Al mismo tiempo fijé un término al tratamiento, al fin del cual, curado o no, tendría que despedirle. En lugar de la reacción de cólera y venganza que esperaba y que deseaba provocar en forma de repetición de los procesos psíquicos infantiles profundamente rechazados, sucedieron muchas sesiones enojosas, caracterizadas por la ausencia de trabajo y de tonalidad, pero también por la falta de afectos y de fantasías de contenido afectivo. Le hice observar que me odiaba por lo que había ocurrido, que sería poco natural no sentir nada de este tipo. Inquebrantable, repetía que únicamente me estaba agradecido, que sólo sentía por mí amistad, y así sucesivamente. Sin embargo, le incité a imaginar algo agresivo respecto a mí. Finalmente, tras las tentativas habituales de defensa y de rechazo, se presentaron fantasías de agresión, primero tímidas, luego cada vez más violentas, estas últimas acompañadas de angustia manifiesta (sudores fríos). Por último, fantaseó con gran fluidez alucinatoria que me mataba, me arrancaba los ojos, fantasía que se transformó bruscamente en una escena sexual en la que yo desempeñaba el papel de la mujer. Tras esta actividad fantasiosa, el paciente experimentó manifiestas erecciones. El análisis prosiguió bajo el signo de estas fantasías provocadas que le permitieron vivir en relación con la persona del analista casi todas las situaciones del “complejo de Edipo completo”; y el analista pudo reconstruir a partir de estas fantasías toda la génesis de la libido en la primera infancia del paciente.

Una enferma pretendía ignorar los términos obscenos más corrientes que se utilizan para designar los órganos y los procesos genitales. Yo no tenía ninguna razón para dudar de su sinceridad, pero le hice observar que sin duda había conocido estas palabras en su infancia, que las había rechazado en ella, y que, más tarde, a consecuencia del rechazo, no les había prestado atención, habiendo quedado en cierto modo sorda a ellas. Luego le pedí que emitiera las palabras y sonidos que se le ocurrían cuando pensaba en los órganos genitales femeninos. Se presentaron una decena de palabras, todas con la primera letra correcta, luego una que contenía la primera sílaba de la palabra buscada, seguida de otra que ya alcanzaba la segunda sílaba. De la misma forma me fue diciendo las letras y las sílabas que componían la palabra obscena que designaba el miembro masculino y el “comercio sexual”. Estos neologismos provocados hicieron surgir en consecuencia el material mnésico verbal que estaba rechazado, de la misma forma que el método de ataque sorpresa, en la tentativa de asociación forzada, había descubierto unos conocimientos conscientemente disimulados.

Esto me lleva a recordar otro caso en el que la paciente me contó una experiencia de seducción (probablemente cierta) con innumerables variantes, tanto para despistarme y despistarse ella misma como para desfigurar la realidad. Tuve que obligarla a menudo a “inventar” una de esas escenas, lo cual permitía establecer cada vez algún nuevo detalle con exactitud. Luego tuve que poner en relación estos detalles con todo su comportamiento posterior al suceso en cuestión (cuando tenía 19 años), período en el que estuvo sufriendo la obsesión de tener que casarse con un hombre de religión distinta; en relación también con su conducta inmediatamente antes de su matrimonio, cuando ella afectaba un exceso de ingenuidad; por último, con los acontecimientos de su noche de bodas, durante la cual su marido quedó sorprendido por la ausencia de dificultades para iniciarla. Inmediatamente, las fantasías a que acabo de aludir permitieron establecer la realidad del suceso de forma progresiva, y la paciente se vio obligada a admitirlo ante el cúmulo de pruebas. Como último recurso aludió a la incertidumbre de su memoria (es decir, una especie de escepticismo), luego a la cuestión filosófica sobre la evidencia de la experiencia sensible (rumias maníacas). “No puede afirmarse con seguridad, decía ella, que la silla que se encuentra ahí sea verdaderamente una silla.” Le respondí que mediante esta asociación admitía de hecho haber llevado la certidumbre de este recuerdo al nivel de una experiencia directamente sensible y que podíamos contentarnos, ella y yo, con este grado de certeza.

Otra paciente sufría intolerables “sensaciones de tensión” al nivel de los órganos genitales; esto duraba a menudo muchas horas durante las cuales era incapaz de trabajar y de pensar; se veía obligada a tumbarse y a permanecer inmóvil hasta que pasaba la sensación o, como era frecuente, hasta que se durmiera. Me afirmé formalmente que no pensaba en nada cuando se encontraba en esta situación, que además nunca acababa con sensaciones orgásmicas. Cuando el análisis acumuló suficiente material sobre sus objetos de fijación infantil y cuando se dio una clara repetición a este respecto en la transferencia sobre el médico, le comuniqué lo que suponía, no sin fundamento, a saber que en estos estados debía fantasear inconscientemente un acto sexual, probablemente agresivo, con su padre o con el representante actual de éste, el médico. Como no

reaccionaba, la invité a que dirigiera su atención, en cuanto se repitiera su “estado de tensión”, sobre la fantasía sugerida conscientemente por mí. Tras haber superado una fuerte resistencia, me confesó haber conseguido la fantasía de una relación sexual no agresiva ciertamente, y haber experimentado por fin el impulso irresistible de realizar algunos movimientos masturbatorios con el bajo vientre, con lo que la tensión había cesado bruscamente y había experimentado ella la sensación de un placer orgásmico. El fenómeno se repitió varias veces a continuación. El análisis mostró que al narrar estas fantasías la paciente esperaba que el médico las realizase. Naturalmente, el médico se contentó con poner esto en evidencia y buscar las raíces en el pasado de la paciente. A partir de entonces, las fantasías cambiaron: la paciente se convirtió en un hombre provisto de un órgano claramente viril; en cuanto a mí, me transformaba en una mujer. De este modo, lo que hacía, como le expliqué, era repetir la forma en que había reaccionado siendo niña al desdén manifestado por su padre, es decir, mediante una identificación con él (actitud masculina) para ser independiente de sus favores. Esta actitud de desafío respecto a los hombres caracterizaba desde entonces toda su vida afectiva. Existieron otras variantes: fantasías de ser manoseada por un hombre (con un contenido claramente teñido de erotismo uretral), luego fantasías de relaciones sexuales con su hermano mayor (al que pretendía amar menos que al pequeño debido a su brusquedad). Por último, produjo fantasías masturbatorias femeninas totalmente normales, llenas de devoción y unidas probablemente a la actitud amorosa que había tenido al principio respecto a su padre. Sólo manifestó espontáneamente una pequeña parte de sus fantasías. A partir de sus sueños y de sus asociaciones durante la sesión, pude mostrarle la dirección en la que debía solicitar sus experiencias inconscientes. Pero todo análisis completo debe hacer que al período “de mandato” le siga otro “de prohibiciones”: hay que conducir al paciente al punto en que se hace capaz de soportar las fantasías incluso sin descarga masturbatoria y de tomar conciencia de los sentimientos y de los afectos de desagrado que van vinculados a ella (deseo violento. cólera. venganza, etc.) sin verse obligado a convertirlos en “sentimientos de tensión” histéricos.

Creo que estos ejemplos ilustran suficientemente la forma en que me he servido de las “fantasías provocadas”. Debo decir ahora algunas palabras sobre las indicaciones de este procedimiento técnico y sobre sus posibles contraindicaciones. Como toda intervención “activa” en general, esta producción fantásica impuesta al paciente sólo está justificada en el período de desprendimiento, es decir, hacia el fin del tratamiento. Añadamos, sin embargo, que este desprendimiento nunca ocurre sin “renuncia” dolorosa, es decir, sin actividad por parte del médico. Lo mismo puede decirse del momento en el que conviene recurrir a esta técnica. No puede asegurarse de forma general a qué fantasías debe empujar el analista al paciente, y es el material analítico en su conjunto quien debe decidir. Freud ha dicho que los progresos de la técnica analítica derivarán del aumento de nuestro saber analítico; esta fórmula mantiene todo su valor. Resulta, pues, indispensable poseer una gran experiencia de análisis “no activos” y de fantasías “no provocadas” antes de permitirse una intervención de este tipo -siempre arriesgada- sobre la espontaneidad de las asociaciones del paciente. Sugestiones de fantasías mal orientadas (que pueden ocurrir a los más experimentados) son susceptibles de prolongar inútilmente el tratamiento cuando lo que intentan precisamente es acortarlo.

Estas investigaciones sobre la vida fantásica inconsciente de los pacientes me han permitido comprender el modo de formación de algunas fantasías, y además, como un beneficio secundario, me han proporcionado algunos datos sobre los factores que determinan la vivacidad o la pobreza de la vida fantásica en general.

Entre otras cosas he descubierto que la vivacidad de imaginación estaba a menudo vinculada a estos acontecimientos vividos en la infancia a los que llamamos traumatismos sexuales infantiles. Los pacientes, en los que he despertado artificialmente la actividad fantásica de la forma expuesta más arriba, pertenecían en su mayor parte a clases sociales o a familias en que los hechos o gestos de los niños son controlados desde la más tierna infancia con excesiva severidad, en los que las llamadas malas costumbres son reprimidas o suprimidas incluso antes de aparecer, en las que los niños no tienen una ocasión de observar en su entorno, y menos aún de vivir, nada que sea de tipo sexual. Son en cierto modo niños demasiado bien educados cuyas moliciones impulsivas sexuales no han tenido generalmente ocasión de anclarse en la realidad. Un tal anclaje, es decir, una experiencia en parte vivida, parece, sin embargo, constituir la condición para cualquier libertad futura de fantasear y de alcanzar la potencia psíquica que va unida a ella. Las fantasías infantiles del niño demasiado bien educado caen por su parte bajo la acción del “rechazo primario” (Urverdrängung) incluso antes de hacerse conscientes. En otros términos, podría decirse que una cierta cantidad de experiencias

sexuales infantiles, es decir, de “traumatismos sexuales”, lejos de perjudicar más tarde a la normalidad, sobre todo a la capacidad normal de imaginación, la favorecen. Este hecho (que por otra parte corresponde perfectamente a la comparación que Freud ha hecho respecto a las consecuencias de la educación: “A piso llano y en el primer piso”)<sup>3</sup> nos lleva a atribuir menos importancia al traumatismo infantil. Antes se creía que éste se hallaba en el origen de la histeria, pero luego el propio Freud ha reducido considerablemente su alcance descubriendo que el factor patógeno residía en las fantasías inconscientes, no en las experiencias infantiles reales. Pero nosotros hemos constatado ahora que una cierta cantidad de las experiencias infantiles realmente vividas ofrece una especie de protección contra las vías anormales que el desarrollo puede tomar. Sin embargo, no conviene que la “vivencia” exceda un cierto nivel. Una demasía en la experiencia, demasiado precoz o demasiado intensa, puede también suponer el rechazo y, de paso, la pobreza de la vida fantasiosa.

Desde el punto de vista del desarrollo del Ego, podemos explicar la pobreza de las fantasías sexuales en el niño demasiado bien educado (y su tendencia ulterior a la impotencia psíquica) por el hecho de que los niños sin experiencia de este orden en la realidad están totalmente aplanados por los ideales educativos, siempre antisexuales. Los demás, por el contrario, no se han dejado domar por la educación hasta el punto de no poder recuperar el camino de los objetos y de los objetivos de la sexualidad infantil antes abandonados, cuando la presión de aquélla cesa (en la pubertad), y de este modo pueden reunir las condiciones necesarias para la normalidad psicosexual.

**(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](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**

---

3.- En su Introducción al psicoanálisis.