

## Cuando Eros tienta a Thanatos

### Algunas ideas en torno a las llamadas “Reacciones Terapéuticas Negativas” y la “Transferencia Negativa”, vinculadas a los conceptos de “acting out” y “pasaje al acto”

Javier García<sup>1</sup>

#### Resumen

La idea que propone el trabajo es pensar una diferencia entre las transferencias negativas, incluso aquellas que incluyen el acting out o el pasaje al acto en su desarrollo, de las llamadas Reacciones Terapéuticas Negativas. Estas últimas, preferentemente nominadas Reacciones Negativas a la Transferencia, son posteriores a una mejoría efectiva o esperada y sin estar en una transferencia negativa. Se las ubica como un límite de la transferencia, incluso como una reversión de la función simbolizadora del análisis y, siguiendo la distinción de J. Lacan entre acting out y pasaje al acto, se las ubica como pasaje al acto. Las Reacciones Negativas a la Transferencia (RTN restringidas clásicas) se ubican como demoliciones de la transferencia cuando Eros (trabajo de simbolización del análisis en su progreso) tienta a un goce de la pulsión de muerte. La referencia es a situaciones analíticas poco frecuentes, de mucha dificultad para el analista y riesgo para el paciente.

#### Summary

The idea proposed by this piece of work is to think about the difference between the negative transference (even those forms that include “acting out” or “passage to act” in their development) and the so called “Negative Therapeutic Reactions”. These, which the author prefers to refer to as Negative Reactions to Transference are subsequent to an effective or expected improvement and are not going through Negative Transference.

They are situated as a border of transference, even as a reversion of the symbolization role of analysis. Following J. Lacan’s distinction between “acting out” and “passage to act”, they are visualized as the last ones. The Negative Reactions to Transference (classically restricted Negative Therapeutic Reactions) are seen as demolitions of transference when Eros (symbolization

---

<sup>1</sup> Miembro Titular de A. P. U. E-mail: gp@adinet.com.uy

work of analysis in its progress) tempts an enjoyment of the death impulse. The author refers to rare analytic situations, which are difficult for the analyst and risky for the patient.

**Descriptor: REACCIÓN TERAPEÚTICA NEGATIVA / MASOQUISMO / TRANSFERENCIA NEGATIVA / SENTIMIENTO DE CULPA / ACTUACIÓN / MATERIAL CLÍNICO /**

Quizás hablar hoy de Reacción Terapéutica Negativa tenga para muchos psicoanalistas sabor a añejo. Pues es cierto que es un concepto menos invocado en la actualidad, especialmente en algunos grupos psicoanalíticos y según la prevalencia de teorías. Pero cuando ciertas modas ceden su paso a otras puede ser un momento oportuno para replantearnos el tema. En lo personal R.T.N. es un concepto y denominación que nunca me atrajo. Fueron las dificultades clínicas y las discusiones con colegas quienes me llevaron nuevamente a él casi en mi contra, pero en consideración de temas tales como: límites del análisis (en general y en singular), límites de la transferencia, efectos inesperados y contrarios a los habituales de las palabras y en consecuencia, adecuación de continuar o interrumpir un análisis.

Cuando abordamos un problema de la práctica clínica-teórica es casi inevitable que nos polaricemos. Luego las verdaderas ubicaciones van haciéndose por su propio peso. Entonces, frente a una tendencia a ampliar hasta el infinito lo que entra y es trabajable en el campo transferencial, polarización de que si todo está allí es posible de ser analizado si uno escucha bien y es capaz de interpretaciones adecuadas, opongo la idea del límite de la transferencia y del análisis, como referencia necesaria de un horizonte finito. Creo además, que la gravedad de las situaciones implicadas en este problema requiere de esta consideración.

El problema surge a partir de una dificultad de la práctica analítica, una dificultad a la mejoría y una tendencia a la agravación. Así planteado nos encontramos con un “fenómeno” al que correspondería un concepto descriptivo. Sin embargo, en su introducción del concepto, S. Freud fue progresivamente discriminando, dificultades prácticas del análisis que podrían englobarse dentro del concepto general de “resistencias” (del yo: represión, transferencia y beneficio secundario; del superyo: sentimiento inconsciente de culpa y necesidad de castigo; del ello: compulsión a la repetición y viscosidad de la libido). Con estas discriminaciones la RTN fue con el tiempo diferenciándose conceptualmente de las transferencias negativas, de la adhesividad de la libido a los puntos de fijación que se resiste a abandonar, del o los beneficios de la enfermedad y de las formas narcisistas que no toleran la ayuda del analista y/o se constituyen inaccesibles. Se trató de una discriminación de situaciones que implicó ya no sólo algo descriptivo sino el trabajo teórico sobre la clínica. En la clínica misma estas discriminaciones no son siempre claras y requieren tiempo de seguimiento y elaboración sobre ella.

Conceptos como el de sentimiento inconsciente de culpa, resistencias del superyo, masoquismo, beneficio de la enfermedad y, finalmente, masoquismo primario y pulsión de muerte, fueron permitiendo una mayor elaboración y discriminación.

En “De la historia de una neurosis infantil” (El hombre de los lobos, 1914) Freud se refiere a una “reacción negativa” pasajera, cuando el paciente niega el efecto de una interpretación-comprensión del conflicto en juego con “empeoramiento del síntoma solucionado” (T. XVIII, p. 65). Compara esta reacción negativa al comportamiento de los niños frente a las prohibiciones, repitiendo acto a los efectos de sentir que son ellos los que dejan de hacerlo en lugar de aceptar el “No”. El ejemplo del cual parte es la dificultad del H. de los L. de abandonar la crueldad (sadismo).

En “El yo y el ello” (1923) nos habla de los pacientes que si el analista les da esperanza o les muestra que evolucionan bien, quedan insatisfechos y empeoran. La curación es temida como un peligro, “... se llega a la intelección de que se trata de un factor por así decir ‘moral’, de un sentimiento de culpa que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer” (T. XIX, p. 50). Esta culpa no se corresponde con la que resulta de la tensión del yo con el ideal del yo (conciencia moral), que es conciente. Se trata de un sentimiento inconsciente de culpa que es un verdadero obstáculo para el análisis (Nota 2, p. 51).

En “El problema económico del masoquismo” (1924) el concepto es tratado dentro de la tercera forma de masoquismo, “masoquismo moral”, donde lo que importa es el padecer como tal (T. XIX, p. 171) más que el objeto que lo pueda producir. Este masoquismo lo describe como secundario, es decir, “la pulsión de destrucción fue vuelta de nuevo hacia adentro y ahora abate su furia sobre el sí-mismo propio” (p.171). Dice aquí de lo difícil de analizar y reconocer por el paciente un sentimiento inconsciente de culpa y que convendría más hablar de una “necesidad de castigo”. A la tensión entre el Ideal del yo y el yo se agrega la desmezcla pulsional. Ésta no solo explica el gran sadismo del superyo sino que habita al yo en un genuino masoquismo del yo que pide castigo. Ambos se expresan de diferente manera: “...el sadismo del superyo deviene consciente casi siempre con estridencia, mientras que el afán masoquista del yo permanece en general oculto”.

En la 32ª de las Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis” (1932) se refiere al origen de la “necesidad inconsciente de castigo” como continuación de la conciencia moral en lo inconsciente; agresión interiorizada y asumida por el superyo y, por otro lado, pulsión de destrucción libre en el yo y el ello. Este segundo aspecto, el énfasis en la falta de ligazón que invade todas las instancias como desmezcla (Pulsión de Muerte), parece darle un especial mal pronóstico a la Reacción Terapéutica Negativa.

En “Análisis terminable e interminable” (1937) antes de entrar al tema de la R.T.N. se dedica a mezcla y desmezcla pulsional, insistiendo en que no se limita a una sola zona del aparato. Vuelve a caracterizar la resistencia que opera por todos los medios contra la curación y aferrándose al padecimiento por dos vectores: a) Conciencia de culpa y necesidad de castigo localizada en la relación del yo con el superyo, que es la parte que ha sido psíquicamente ligada por el superyo. b) Otra fuerza, ya no necesariamente ligada sino especialmente libre, puede operar en cualquier parte del aparato (“no se sabe dónde”). Se trata de un funcionamiento más allá del placer, en el masoquismo derivado de la Pulsión de Muerte. Citando a Empédocles de Acragas (pp. 246-8) refiere a una alternancia entre momentos de ligazón-construcción, por un

lado, y de desligazón o destrucción de los productos generados, por otro. Montos internos de “energía no ligada” son, por así decir, “tentados” por organizaciones más elaboradas. Las interpretaciones y construcciones que producen realmente efectos elaborativos-constructivos son, en estos casos, detonadores de un efecto inverso. El uso posterior del concepto, aunque recibió aportes de los nuevos desarrollos teóricos (por ejemplo: “defensas maníacas”, “agresividad”, “envidia”, “celos”, etc.; entre otros J. Rivière, M. Klein, K. Horney, H. Racker) quizás predominó en su sentido descriptivo como un concepto de la técnica en una definición de R.T.N. específica o como ampliación de la misma hasta no diferenciarse de las transferencias negativas y otras resistencias.

Descriptivamente no cualquier resistencia al (del) análisis es una R.T.N. Requiere de un análisis ya instalado en transferencia y avanzado en el tiempo, de una buena relación analítica por lo menos aparente<sup>2</sup>, de un paciente que trabaja sus conflictos y que ello hace esperar su mejoría, incluso de mejorías que comienzan a verse con relación al trabajo realizado y que paradójicamente el paciente empeora drásticamente y peligrosamente. Si estas condiciones descriptivas no se cumplen estaríamos situados en otro tipo de resistencias (del yo, del superyo, del ello). Esto correspondería a una definición descriptiva de R.T.N. restringida.

Desde el punto de vista teórico lo involucrado es el masoquismo primario, la pulsión de muerte, el sentimiento inconsciente de culpa. Es cierto que S. Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) remitió la R.T.N a las resistencias del superyo y a sentimientos de culpa vinculados a un masoquismo secundario. Esta alusión ampliaría la gama clínica implicada en las R.T.N. y también le da un mejor pronóstico que si la limitamos a expresión del masoquismo primario. Pero su ampliación corre el riesgo de perder especificidad (clínica y teórica) y las R.T.N pueden diluirse en los distintos aspectos resistenciales (en analizando y analista) a los que nos enfrentamos día a día. De hecho los sentimientos de culpa frente a una mejoría son en mayor o menor grado universales pero clínicamente muy diferentes a una R.T.N. en el sentido restringido.

Ciertamente es válido preguntarnos sobre la conveniencia o no de conservar este concepto. Lo que pesa aquí, en mi opinión, es si podemos encontrar una especificidad en presentaciones que ameriten conservar un concepto que nos instrumente a enfrentarlas. En mi experiencia hay situaciones clínicas, poco frecuentes por suerte, graves en consecuencias, por un empeoramiento que implica riesgos (físicos o psíquicos o de sus vínculos o laboral-profesional). Lo común sería la amenaza o la concreción de un acto destructivo-autodestructivo. Desgraciadamente no son situaciones que puedan preverse fácilmente o que se delaten por signos previos claros.

Los sentimientos de culpa tienen expresión sintomática que permite “leerlos”, incluso pueden ser a veces reconocidos por los pacientes. Pero cuando hablamos de sentimientos inconscientes de culpa nos enfrentamos a la paradoja de que no tienen nada de sentimientos reconocibles por quien los tiene ni de culpa en un sentido estricto. Si esto fuera obvio por tratarse de un

---

<sup>2</sup> *Se ha descrito que con frecuencia en estos pacientes se observa lo que D. Liberman ha llamado “distorsión a predominio semántico”. Se trata de pacientes que aparentemente están en análisis, con relatos que no siguen la libre asociación y muchas veces no dejan lugar al analista, que tienden a crear en el analista la falsa creencia de que están analizándose. Habría una distorsión en la relación significado-significante de un signo, lo que S. Arbiser (1978) ejemplifica metafóricamente como distorsión entre letra y música.*

contenido inconsciente, no deja de redoblar lo paradójico al referirnos a culpa y a sentimientos en el inconsciente. Parece más adecuado hablar de necesidad de castigo o más directamente de búsqueda de sufrimiento. Me refiero a un **dolor** no secundario a una agresividad generadora de culpa, es decir, a una **búsqueda primaria de dolor**. Se trataría más bien de un movimiento inconsciente destructivo (auto) que de ser reconocido por el yo podría transformarse en sentimiento de culpa. Esto lo diferenciaría de otros sentimientos de culpa, que es en el que, en el mejor de los casos, podría devenir una R.T.N.

Estamos situados en lo que nos lleva a sostener un más allá del principio de placer. El masoquismo primario implicaría una fuerza autodestructiva no secundaria a mociones hetero-agresivas vueltas hacia sí mismo por culpa. Es la expresión de la pulsión de muerte previa a toda ligadura, o la desmezcla implosiva de goce a la que tiende siempre Thanatos, que es también la tendencia básica de la pulsión.

Dos objeciones pueden surgir rápidamente. Que esta explicación se constituya como respuesta filosófica o doctrinal a un problema, dando posibilidad de una lectura y aplicación sin relación efectiva con la práctica analítica y que de ser así lo constitucional parecería estar dominando la escena y limitando todo accionar tendiente al cambio psíquico.

Empezaré por lo segundo. La intensidad del masoquismo primario no necesariamente nos conduce al atolladero constitucional. Si como he planteado en otros textos<sup>3</sup> la represión originaria fijase en inscripción psíquica básica: goce y huella, el goce no limitado a esa inscripción erógena o directamente no inscripto nos daría cuenta del masoquismo primario. Es decir que la fuerza que adquiriera el masoquismo primario para un sujeto no queda librada, por lo menos solamente, a una condición constitucional de la P. de M., sino especialmente a las vicisitudes de la inscripción erógena, que siempre se juegan con los otros. El goce pulsional con el otro se hace marca erógena o inscripción, inaugurando la llamada mezcla pulsional o ligadura que permitirá las cadenas de Eros. Por esta razón lo que se ha inscripto del goce con los otros es posible que se re-actualice en transferencia a los efectos del análisis. Los sectores de falla de la represión originaria darían cuenta del masoquismo primario así como de defensas alternativas. Allí el goce no encuentra circulación posible en cadenas de inscripciones simbólicas. En última instancia es un camino corto, abreactivo, tendencia de la pulsión, que pueden darse en pasajes al acto tanto conductuales como corporales. Ambas situaciones son frecuentes en las R.T.N., pero no exclusivas de ellas.

Para referirme a la primera objeción necesitaré transitar por ideas que se tejen muy cerca de la clínica analítica, en las fantasías que se juegan en transferencia.

Siguiendo teorizaciones kleinianas, tanto por los aportes de J. Rivière (1936) como por los de M. Klein (1957), quedan destacadas tanto la intensidad de la posición depresiva y sus defensas maníacas como la envidia. La R.T.N. se trataría de un tipo de ataque envidioso. Sin embargo podemos inferir que tanto en las negaciones omnipotentes maníacas, en los clivajes con proyección y persecución como en la envidia, se trata de actos que implican necesariamente al objeto puesto en transferencia negativa. Nosotros sabemos de la vecindad de estos mecanismos con el masoquismo primario, pero ellos

---

<sup>3</sup> “Sobre ciertos problemas . . .”; J. García; 2001.

“Escrituras y lecturas del cuerpo”; J. García; 2002.

son ya intentos de hacer algo con él, aunque muy rudimentarios. Es decir que hablan de una cierta puesta en escena transferencial del masoquismo y por tanto en principio accesible al análisis. Es una frontera diferencial oscura pero que puede darnos elementos técnicos y pronósticos así como elementos teóricos.

J. B. Pontalis (1979 [1983]) se refiere a pacientes que establecen una transferencia dominada por la acción-reacción, una lucha por quién controla a quién en prevalencia de pulsiones de dominio. Describe como fantasía inconsciente de esta transferencia la puesta en juego de un objeto interno madre loca, aludiendo a una forma de entender los objetos internos primarios que Joan Rivière *Javier García - 81* colocaba en el centro de una presión reparatoria en las R.T.N. El intento por doblegar-someter este objeto interno madre-loca sería el que se pone en acción con el analista en una R.T.N. El decir de la madre aunque nunca proferido sería: *“No has sido nunca y no serás jamás la causa de mi deseo. Has podido ser el objeto de mi amor y de mis agresiones, de mis exigencias y de mis rechazos, de mis cuidados o de mi negligencia. Quizás incluso nos pertenezcamos uno al otro para siempre. Tengo dominio sobre ti y tú lo tienes sobre mí, pero no hay en ti nada que pueda perturbarme”*. En las R.T.N., dice Pontalis, el paciente hace suyo este “No” y mantiene la esperanza de doblegarla, pero en un sistema cerrado y repetitivo de un incesto materno imposible que jamás tuvo lugar: *“Yo te amo, yo (moi) tampoco”*. En cuanto a la actitud del analista Pontalis dice allí que *“cuanto más importancia le otorga la teoría a la reacción terapéutica negativa y cuanto mejor preparada está para vencerla, tanto más ésta nos desarma y mejores son sus condiciones para presentarse como una fuerza irreducible, incluso como núcleo de ser impenetrable que no solamente escapa a la captación interpretativa, sino que traba el análisis en sus propias raíces y fines: el análisis encuentra en sí mismo algo que lo niega...”*

En los pacientes como el caso Fabiana que ejemplifica Pontalis las interpretaciones parecen rechazadas al menos por tres razones: a) Esperan una realidad o el cambio de una realidad y no una interpretación, lo que habla de la participación de un sector no simbólico. b) Cualquier interpretación que implique directa o indirectamente la separación con ese objeto-interno madre arcaica será rechazada, vivida persecutoriamente y atacada. c) La aceptación de la interpretación sería doblegarse frente a ese objeto omnipotente y sádico, por lo que buscaría reaccionar revirtiendo el doblegamiento.

Esta situación clínica descrita y su conceptualización, yo las situaría en una frontera entre la transferencia negativa y la RTN. No se da este caso en un tratamiento avanzado, ni tras un período de trabajo en transferencia positiva, por lo menos aparente, ni donde se obtuvo o se esperaría una mejoría. Tiene de R.T.N. todo lo de reacción al deseo de curar en el analista, pero conserva el armazón de fantasías inconscientes actuadas en transferencia que caracteriza a las transferencias negativas especialmente intensas y con funcionamientos psíquicos arcaicos. Este último aspecto es, a mi entender, lo que permite mantener el análisis en un borde entre la actuación transferencial de ambos (analizando y analista) y el cambio psíquico, no exigido ni buscado, sino como horizonte de confianza en el analista. Aquí el analista tiene el desafío de poder aceptar y soportar las múltiples perturbaciones que el paciente le ocasiona (acciones en busca de reacciones), tolerar no sin dolor por cierto, porque es en esas sucesivas perturbaciones, decepciones, sin doblegarse a no ejercer su función-meta, que es posible ir erosionando ese objeto interno-materno y loco, surgiendo la ambigüedad, las preguntas o cierta circulación de deseo. ¿Por qué

mi analista me banca, por qué confía en el análisis aun sabiendo de mi maldad, por qué tiene esperanzas a pesar de mi unión loca con esta madre que es todo? Cuando este suspenso expectante tiene posibilidad de aparecer, a veces no directamente y sólo por momentos, algo de la propia esperanza surge, que es hablar de cierta confianza en desear. No está en el analista que esa confianza aparezca con él; actitud que de estar impediría ese movimiento. Esto exige un trabajo intenso del analista en (con su) transferencia.

Un aspecto de este tema que no podemos descuidar son los efectos sobre el análisis del masoquismo del analista. A esto H. Racker (1977) lo llamó la **reacción terapéutica negativa del analista**: se trata de la situación en que es el analista quien anula o destruye el proceso analítico que construye el analizando. Provocar el fracaso o temerlo fuertemente son muy cercanos entre sí. No sólo porque el temor intenso suele provocarlo, sino también por la vecindad del masoquismo primario con las ansiedades paranoides. Lo no reprimido primariamente tiene un destino frecuente en la proyección y por tanto a sentirse perseguido por el analizando, viendo en él lo destructivo.

El problema que trae este concepto de la contratransferencia es que las imágenes y vivencias de analizando y analista quedan ubicadas en espejo y parece no haber plomada que permita seguir la dirección del sujeto pulsional de ese acto destructivo. Es el paciente que destruye, es el analista que le asigna eso proyectivamente y teme esa destrucción, es un temor o culpa del analista asignado proyectivamente por el paciente, etc. Esta situación de “espejo” no es solamente un problema de la teorización de la transferencia-contratransferencia y sus consecuencias clínicas para la ubicación e intervención del analista. Reconocemos una situación en espejo en la relación analítica misma, o justamente, en los trastornos de esa relación. Una de las modalidades es cuando se establece una relación paradójal estéril (A. Green, 1986; “El trabajo de lo negativo”; p. 143) donde el fracaso del analizando y el del analista son indisociables “porque cada uno termina remitido a sí mismo pero los dos permanecen unidos por una relación que en realidad es una **no-relación, resistente a toda prueba**” (destacados J. García).

En el medio del despliegue de fantasías y circuitos narcisistas que sorteán la alteridad y en algunos casos la transferencia misma, los analistas nos planteamos cuál es la plomada que nos permite intervenir en transferencia o a los efectos de su instalación. A veces en lugar de esta pregunta, que como todas las que ponen en duda nuestra función no son fáciles de hacerse, aparece la interpretación como aplicación de teoría, creencias o dogmas, sorteando lo medular del análisis. En los pacientes que (o en los momentos del análisis que) la pulsión parcial reprimida capitanea el discurso al tiempo que amarra las palabras a la erogeneidad, disponemos de efectividad simbólica, metafórica y esto marca claramente la dirección de la “plomada”, es decir, el “lugar” del sujeto pulsional. Pero exige la existencia de la represión. Cuando los mecanismos en juego son alternativos a la represión, como la proyección, clivajes, identificaciones proyectivas, desmentida, etc., estén tanto en lugar de la represión como en paralelo a ella en otro sector del funcionamiento psíquico, nuestra efectividad decae tanto como nuestros acuerdos. No encontramos, en muchos casos, una relación de efectividad entre las palabras y la erogeneidad en juego. El sujeto o “lugar” de la pulsión se dispersa en un imaginario desgarrado, fragmentario, que involucra a paciente y analista, donde morder-ser mordido, tragar-ser tragado, destruir-ser destruido, etc., son intercambiables. No creo que allí nos podamos manejar sólo con un concepto clásico de interpretación pues allí parece necesario realizar además un acto de

reconocimiento y de asignación a partir de un momento identificatorio transítivista (J. García, 2002; Bergès y Balbo, 1999)<sup>4</sup>.

Es por esta razón, me parece, que en estas situaciones clínicas se ha insistido en el trabajo desde la “contra-transferencia”. Son los riesgos de reverberación especular referidos y de perder la “plomada” del sujeto pulsional y de posible deseo lo que me lleva a tomar este concepto particular de transítivismo, afectación e identificación transítivista simbólica. Esto podría cambiar la concepción y la posición de neutralidad del analista, pero no creo que sustancialmente, pues sigue ofreciéndose al servicio de la función analítica y a los efectos de restaurar o instalar esos engarces entre pulsión y palabra (o mejor, significantes) que anclan el discurso a un sujeto pulsional. Es a partir de allí que será operativa la función clásica de interpretación, no antes. Antes puede resultar inefectiva o muy probablemente enloquecedora.

Hasta aquí me he referido a esa franja donde la transferencia negativa bordea la R.T.N. o, para algunos, como hemos visto, la comprende. En esta franja estamos dentro de las posibilidades del análisis en transferencia, aunque en sus límites. Hay situaciones, sin embargo, que escapan a estos límites de la transferencia y se vuelven actos irremediables, al menos así son percibidos por el analista y a veces también por el paciente. Siempre es posible abrir dudas sobre errores en el trabajo analítico desarrollado, los límites de la técnica y especialmente los límites particulares de un analista con un paciente. No obstante parecen existir situaciones como las descritas en las R.T.N. en un sentido restringido que ameritarían ser tenidas en cuenta, al menos como posibilidad de riesgo a enfrentar. De hecho serían de las situaciones más riesgosas que tendría que enfrentar un analista. Se abren preguntas sobre cuáles son los aspectos de un analizando (y analista) que se ponen en juego en la trama transferencial desplegada y desplegable, y cuáles no. Esto tiene un lado singular para cada análisis pero también nos cuestiona sobre los límites del análisis y en especial de la transferencia.

Sin pretender exponer un caso, indicaré brevemente que ya hace mucho tiempo tuve en tratamiento a un hombre cercano a los cuarenta años que consultó por mucha angustia especialmente vinculada a su trabajo. Se desempeñaba como empleado en una empresa relacionada al turismo y además de su sueldo tenía otro ingreso de dinero por el cambio de moneda extranjera directamente a los turistas. No era una situación regular, pero era habitual en todos los que tenían un trabajo como el suyo. Nada hacía suponer que esto lo ubicara en una situación de riesgo especial y, además, hacía años que lo realizaba y nunca había sentido temores al respecto. Sin embargo había desarrollado una gran angustia y temor como quien queda atrapado en una vía y siente el silbato del tren. Esa era la situación durante la consulta.

---

<sup>4</sup> *En el transítivismo a alguien le pasó algo y quien lo sufre es otro. Nosotros reconocemos esto en nuestras experiencias con los llamados pacientes psicósomáticos, con pensamiento operatorio o alexitímicos. Pero no sólo allí, también en actuaciones de otro orden, en las psicosis, personalidades narcisistas, momentos de neurosis especialmente regresivas y fronterizas. El transítivismo pasa inexorablemente por la afectación corporal erótica y se constituye en una relación de mutualidad o ayuda a construirla. En la relación padres-bebé donde se juega la constitución erótica y simbólica del niño, ellos experimentan lo que al niño supuestamente le ocurre e “imponen” una respuesta transítivista que “obliga” al niño a adoptar los afectos que los padres nombran. Imposición y obligación remiten a un sentido necesario como el implicado en la “violencia primaria” (P. Aulagnier). Habría un “golpe de fuerza” necesario desde el discurso transítivista de los padres que introduce palabra y lenguaje en una afectación. Y una identificación transítivista simbólica en el niño que adopta como suya esa experiencia ya ordenada afectivamente. Los pacientes a los que nos referimos parecen requerir de un acto significativo en transferencia, de asignación, en una función analítica de transítivar. (J. García; 2001)*



Transcurridos casi dos años de tratamiento su evolución había sido positiva. No sólo porque la angustia permanente e inespecífica ya no estaba presente, sino que aparecía la angustia específica en cada momento de conflicto psíquico y porque el tratamiento le permitió armar distintas redes de conexión de vivencias infantiles muy presentes en sus efectos, relacionadas con lo que sentía en su trabajo. Situaciones que fueron surgiendo en transferencia, con momentos intensos pero móviles de transferencia negativa que pudieron ser trabajados. Cuando no sólo la mejoría era esperable sino un hecho reconocido por él y sus seres cercanos, sucede una sesión en la cual sobre el final y en un giro inesperado me expresa con mucho miedo que siente que lo estoy desangrando. Era una vivencia que había aparecido ya, con mucha menor intensidad, en esos momentos de transferencia negativa referidos, en torno al dinero y a la ilegalidad, al pago de honorarios, a la recepción de mis interpretaciones, a sus vivencias paranoides y homosexuales, etc. Nada del contexto hacía suponer su reiteración. No estoy en condiciones de asegurar que esas fantasías tuvieron todo el trámite requerido (el resultado podría hacer pensar que no) pero sí que no fueron omitidas en el trabajo. A las horas de terminada la sesión recibo una llamada telefónica en la que me comunican que él estaba internado por un intenso sangrado gástrico por múltiples úlceras de stress.

Todos sabemos que cuando estas cosas suceden quedamos invadidos por sentimientos de culpa y muchas veces entrampados por una violencia que no encuentra trámite. Fue para mí un verdadero impacto. Rápidamente llama la atención la concomitancia entre las palabras finales de la sesión y el acto mismo de la ulceración. Sobre eso se podrían trabajar diferentes hipótesis y referencias teóricas sobre la relación palabras-cuerpo. Pero me detendré antes, para destacar: 1) que son palabras que no están en lugar del sangrado dando cuenta de una fantasía en transferencia, sino que son concomitantes, descriptivas o incluso inductoras de un acontecimiento corporal; 2) que este acto en el cuerpo aparece en un momento sostenido de mejoría clínica y analítica, en transferencia (aparentemente) positiva y tras un trabajo de momentos de transferencia negativa; 3) se trataba de un paciente sin antecedentes de (psico)somatosis y sin las características descriptas por el pensamiento operatorio y la alexitimia, por lo que la "somatización" parecía ubicarse como acción (reacción) psicósomática.

¿Cómo pensar el acto de la ulceración en transferencia?

El «*agir en*» freudiano tiene una doble vertiente significativa porque por un lado queda referido a una re-actualización en transferencia de algo anterior, en cierta medida algo se vuelve a presentar, se re-presenta en acto, se pone en escena en forma de vivencia. Pero al mismo tiempo es movimiento, producción de acción, hacer algo concreto de forma impulsiva. Un **acto sintomático** tiene un carácter metafórico y tiene forma discursiva aunque no sea verbal. Las acciones impulsivas las conceptualizamos como **puesta en acto** o "**acting out**". En el "**acting out**" (to act out), término que incluye tanto la idea de representación teatral como la de actuar, está siempre la dirección a otro y una cierta intencionalidad de afectación a otro, en busca de respuesta o quizás de desciframiento. Es inconsciente tanto el saber de su actuación como los sentidos o intencionalidades que vehiculizan o producen y su aparición parece hablar de algo que salió de circuito simbólico pero apelando o dirigiéndose a otro. El **pasaje al acto**, concepto de origen psiquiátrico y diferenciado del "Acting out" por J. Lacan (J. Lacan, 1962-63), se trata de un actuar inconsciente e impulsivo, fuera de registro simbólico, que a diferencia

del “acting out” no va dirigido a otro, ni fuera ni dentro de un análisis. No hay en él una representación, una puesta en escena transferencial, sino un intento de pasar a *lo real*, es decir de pérdida irrecuperable, de identificación masiva con el objeto que él es para el gran otro (objeto pequeño a de Lacan). Por esta razón lo que está en juego no es un sentido a escuchar por el analista ni un posicionamiento transferencial que le permita abrirse a otro discurso.

Los momentos de **transferencia negativa** están plenos de reactualizaciones y con frecuencia de “**acting out**” (tanto dentro como fuera del análisis) que requieren ser trabajados intensamente en esa misma trama en la que aparecen. Son actuaciones pero dirigidas al analista en su posición transferencial. En cambio, el **pasaje al acto** parece desarticular esa trama transferencial, venir de otro lado e ir a otro lado, jugándose en un terreno en el que estamos desarmados. En el ejemplo que cité las palabras en lugar de atrapar algo de *lo real* en el terreno discursivo-simbólico parecen proceder de él y desprendidas caer en *lo real* del cuerpo. Las mismas palabras que nos permitieron trabajar en transferencia e ir desarmando fantasías y transformando angustias parecían ahora volver y horadar su cuerpo en una función no simbólica de los significantes. Quizás lo que J. Lacan plantea como efecto de tatuaje, que en realidad es fallido<sup>5</sup>.

Cuando el goce pasa por las palabras o gestos o actos dentro de un campo discursivo (*goce fálico*) o cuando como palabra-acto o directamente acción (*acting out*) interpela al otro que sostiene la función simbólica, discursos y actos siempre ligados al cuerpo erógeno, estamos en condiciones (mejores o peores) de sostener un campo simbólico de la transferencia. Cuando el goce sortea el lenguaje en sus distintas formas discursivas, impacta y fracciona el campo transferencial en **pasajes al acto** a través de conductas (agresiones físicas, suicidio, asesinato, etc.) o del propio cuerpo, aparece como momento de intensa *desmezcla pulsional*, como *goce de la pulsión de muerte*, expresión de lo que entendemos como *masoquismo primario*.

¿Es posible entonces pensar que, a diferencia de lo que predomina en las transferencias negativas donde el analista siempre está implicado en su posición transferencial como destinatario, en las R.T.N. se trate de momentos o tendencias al **pasaje al acto**? En esta diferencia podríamos ver un indicio de cuándo la continuidad de un análisis es o no posible y conveniente. No obstante, es cierto que en las transferencias negativas el *pasaje al acto* es también posible y tratamos de preverlo en momentos de mucha intensidad transferencial, hostilidad, separaciones, tanto del análisis como de cualquier situación de frustración o dolor en la vida del paciente. En general la situación nos permite tener una actitud especialmente cuidadosa. Pero no se enmarcan dentro de un concepto de R.T.N. Estas últimas no son previsibles por una transferencia negativa sino, por el contrario, precedidas por una mejoría esperada o realizada.

La mejoría activa esta posibilidad de pasaje al acto y nuestras palabras o las del paciente, que habitan el análisis en momentos de elaboración, incluso las fantasías, pasan a tener un efecto destructivo. Se podría pensar hasta en

---

<sup>5</sup> Digo “fallido” porque no se incorpora una estructura simbólica, como en ciertos tatuajes o sellados rituales, sino que es el o los significantes y no la estructura de lenguaje los que actúan sobre el cuerpo. La incorporación de la estructura del lenguaje, por el contrario, limita el goce, lo somete a un orden. En este caso, en cambio, hablamos de significantes provocando el goce corporal. El mecanismo, como inscripción, puede estar hablando de una inscripción originaria de cuerpo erógeno nunca realizada que insiste fallidamente en acto.

una inversión (o reversión) del efecto simbolizante. No es sólo que se vuelvan en su contra, como puede ocurrir en cualquier transferencia persecutoria, sino que tienen un efecto en “lo real”. El *pasaje al acto* parecería dar cuenta de esa “necesidad” de una acción “real” y no de una interpretación, como ese pasaje a *lo real* incontenible en algunos actos suicidas, resistente a toda intervención auxiliadora.

Solemos pensar todo lo que pasa en un Psicoanálisis como parte de la transferencia (contra transferencia). Es así, por ejemplo, como Luisa de Urtubey (2003) concibe lo que denomina **reacción terapéutica negativa asesina**<sup>6</sup>. Aquí me planteo pensar en lo que excede la transferencia, no circula por su trama pero usa de ella a los efectos de la acción real de goce-dolor. La idea de que allí hay dos personas, que todo está en juego en la transferencia contra transferencia y que, en todo caso, se trataría de errores o dificultades de escucha, interpretación o análisis del analista, genera una idea totalizadora del espacio analítico. Todo está ahí, sólo que no lo vemos o sabemos escuchar o lo escuchamos pero no podemos ser efectivos con eso.

La situación descrita tanto por J-B. Pontalis como por L. de Urtubey me parece más cercana a lo que entiendo por una transferencia negativa intensa, bien difíciles de sostener y trabajar, por cierto, y con riesgos verdaderos de fracaso analítico. Sin embargo otras situaciones parecen hablar de un estallido de la transferencia en tanto matriz donde se teje el trabajo analítico. Las transferencias negativas, aun las graves, nos muestran un intento de ligazón, una apelación al análisis, aunque sea a través del ataque agresivo o diferentes acting out. Otras situaciones nos muestran en cambio actos demoledores.

No sé si podemos hablar de “tentación” hacia lo real, al goce, o una reversión o in-versión de Eros, al estilo de como A. Green lo plantea en “Las cadenas de Eros” (1928, p. 65) con relación al sadomasoquismo (referencia a Stoller).

Habría que pensar que cuando la sexualidad se organiza en cadenas que arman psiquismo, el significante somete el goce a sus leyes. Este sometimiento aparecería en la fuente de que todo acto sexual, todo acto de vida (Eros), busque un más allá del placer. Pero también parecería hablar de la tendencia básica de la pulsión o Thanatos, en una medida desligando, desagregando, pero con la chance también de una verdadera desarticulación

---

<sup>6</sup> “.. se trata de una reacción que nace, se desarrolla, se construye, se desliga o no entre dos. Es fabricada inconscientemente por esa pareja analítica, por la historia que juntos construyeron, por los escollos que no pudieron evitar y en ocasiones, por la ilusión de omnipotencia desarrollada conjuntamente en los primeros tiempos del análisis. (...) No hay transferencia positiva o negativa o contra-transferencia de estas dos clases si no se da entre dos personas, fusionadas/separadas por la doble imagen simultánea y entrelazada en la situación analítica. Esta situación está constituida por dos sujetos indefectiblemente ligados y complementarios (..)En la reacción terapéutica negativa asesina del tratamiento, hay un entrelazamiento de transferencia y contra-transferencia negativas y un envío recíproco (en gran parte inconsciente) de imágenes del otro degradadas, hirientes, no susceptibles de elaboración. El analista, capturado en la trampa de la contra-transferencia negativa, no logra liberarse de las proyecciones de objetos malos del pasado del paciente (sobre todo proyecciones **en** su psiquismo, en el sentido de Bion), del odio y de la envidia destructores, a los cuales él no puede responder más que de una manera más o menos negativa también; o si no, mantenerse “bueno” gracias a grandes esfuerzos y redoblando así la envidia en el paciente; o también sentirse bloqueado, rodeado de puertas cerradas sin pestillo ni cerradura. El paciente participa en la formación de la reacción terapéutica negativa asesina del tratamiento mediante sus diversas resistencias –del yo, del super-yo, del ello- y empujado por su transferencia negativa destructiva. (...)”

demoledora. El goce a través del (o en el) significante lo concebimos como *goce fálico*. En el caso de la demolición, como *goce de la Pulsión de Muerte*. La diferencia entre ambos es sustancial.

Los momentos clínicos que no se estructuran como una transferencia negativa en sus distintas variedades sino como una R.T.N., tal como la hemos caracterizado, requieren una actitud diferente del analista. Es cierto que es muy difícil poder establecer estas discriminaciones en cada caso pues las descripciones recortan las complejidades de nuestra práctica. Pero me parece necesario tener presente ese horizonte como límite de la efectividad transferencial, donde la interrupción del tratamiento es una opción a veces ineludible, cuando el efecto simbolizante y ligador de las palabras en transferencia se invierte. Siempre es una decisión difícil y el problema, ciertamente, queda abierto.

### Bibliografía

SAMUEL ARBISER (1978). "Pacientes con distorsión de predominio semántico"; Revista Uruguaya de Psicoanálisis, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1978. n°. 58: p. 23-35. JEAN BERGÈS, GABRIEL BALBO (1999). "Sobre el transitivismo". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

R. HORACIO ETCHEGOYEN (2002). "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica"; Buenos Aires. Amorrortu, 2002.

SIGMUND FREUD. (1914). "De la historia de una neurosis infantil" (El hombre de los lobos). T.XII, Amorrortu Ed. 1979.

————— (1923). "El yo y el ello". T.XIX, Amorrortu Ed. 1984.

————— (1924) "El problema económico del masoquismo". T. XIX, Amorrortu Ed. 1984.

————— (1926). "Inhibición, síntoma y angustia". T. XX, Amorrortu Ed. 1979.

————— (1932). 32ª de las "Nuevas Conferencias de introducción al Psicoanálisis". T.XXII, 1979.

————— (1937). "Análisis terminable e interminable". T. XXIII, Amorrortu Ed. 1980.

JAVIER GARCÍA (2001). "De rasgos y adopciones..". Inédito.

————— (2001). "Sobre ciertos problemas que nos plantea en el Psicoanálisis la pérdida de eficacia de las palabras"; Simposio APA 2001.

————— (2002). "Escrituras y lecturas del cuerpo". Inédito.

ANDRÉ GREEN (1986). «*El trabajo de lo negativo*»; Buenos Aires, Amorrortu, 1995 ————— (1986). "A posteriori; lo arcaico"; Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, 1986. Tomo 43, n.4: 729-751.

————— (1998). «*Las cadenas de Eros*» - Amorrortu, BsAs.

MELANIE KLEIN (1957). "Envidia y gratitud", Paidós-Hormé, BsAs, 1974.

JACQUES LACAN (1962-62). "El Seminario 10. La angustia". Inédito.  
NORBERTO CARLOS MARUCCO (1979). "Para la teoría de una resistencia «final» ("RTN o «necesidad de enfermar»?); algo más sobre estructura narcisista": Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, 1979. Tomo 36, n.4: p. 611-631.

JACQUES ALAIN MILLER (1986). "Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático"; en: "*El fenómeno psicossomático y el psicoanálisis*", Navarin Editeur, 1986.

HENRI RACKER (1977). "*Estudios sobre técnica psicoanalítica*" – BsAs; Paidós, 1977. *Cuando Eros tienta a Thanatos. Algunas ideas en torno a las llamadas . . .*

JOAN RIVIÈRE (1936). "Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa"; Revista de Psicoanálisis., Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, 1949. Tomo 7, nº 1, págs. 121-142.

J. B.PONTALIS (1981). "No, dos veces no; intento de definición y desmantelamiento de la reacción terapéutica negativa", Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, 1982. Tomo 39, nº 4; págs. 597-620.

LOUISE DE URTUBEY (2002). "Sobre la reacción terapéutica negativa"; Inédito