

SECCIÓN TEMÁTICA

Sobre la reacción terapéutica negativa

Luisa de Urtubey *

Resumen

El presente trabajo aborda el tema de la reacción terapéutica negativa distinguiendo tres formas de reacción terapéutica negativa. Con la denominación de reacción terapéutica negativa asesina del tratamiento la autora se referirá a la forma clásica la que constituye el mayor obstáculo del análisis. Una segunda forma, emparentada con la primera pero cuantitativa y cualitativamente diferente, sería susceptible de elaboración. Finalmente la autora se refiere a una tercera modalidad: el acting sexual del analista. La autora desarrolla sus ideas apoyándose en su experiencia clínica y en aportes teóricos de la tradición psicoanalítica y de pensadores contemporáneos. Da especial importancia al papel del analista en la génesis de las distintas formas de reacción terapéutica negativa.

Summary

This piece of writing elaborates on the negative therapeutic reaction pointing out three different types. The author calls murderous negative therapeutic reaction to the classic one, which is the main obstacle to analysis. A second type related to the first but different in quality and quantity includes elaboration. Finally, the author refers to a third type: analyst's sexual acting.

The author exposes her ideas backed-up by her clinical experience and the theoretical contributions of the psychoanalytical tradition and that of contemporary authors. She sets a special importance on analyst's role in the origin of the different kinds of negative therapeutic reaction.

Descriptores: REACCIÓN TERAPEUTICA NEGATIVA /
TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA /
TRANSFERENCIA NEGATIVA/ RESEÑA
CONCEPTUAL /

* Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Paris. 75 rue Saint-Charles 75015; Paris, France. E-mail: bu923621@aol.com

Descriptor propuesto: ACTUACIÓN SEXUAL

Podemos distinguir tres formas de reacción terapéutica negativa. A la primera, clásica, que constituye el mayor obstáculo al tratamiento y es determinante principal del fracaso de nuestro trabajo, no dejando ninguna salida satisfactoria, la designo como reacción terapéutica negativa asesina del tratamiento. Una segunda, emparentada con la primera pero cuantitativa y cualitativamente diferente, me ha parecido susceptible de elaboración. Finalmente una tercera, que es una variación de la primera, es el *acting* sexual del analista. Me referiré a esta modalidad en último lugar.

Comencemos por las dos primeras modalidades. Se define la reacción terapéutica negativa como un tipo de resistencia frente a la curación particularmente difícil de superar, debido a la cual, cada vez que se espera un progreso en el tratamiento, se produce un agravamiento, como si los que la presentan prefirieran el sufrimiento a la curación. (Laplanche y Pontalis, 1967). Un hecho es esencial y debe recibir la prioridad: se trata de una reacción que nace, se desarrolla, se construye, se resuelve 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.

Es bien conocida la existencia de un entrelazamiento transfero/contratransferencial. 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 un proceso dinámico en el cual ambos no son comprensibles si no es en presencia del otro (como lo decían hace ya bastante tiempo W. y M. Baranger(1960-1961). De ahí, la necesidad de utilizar la contra-transferencia como instrumento técnico de comprensión que capta lo que el paciente no puede expresar con palabras. Por medio de la atención flotante, la contra-transferencia acepta las asociaciones libres y los estados afectivos (del uno y del otro), manteniéndolos inconscientes, en el sentido dinámico y no solamente en sentido tópico, sin que aparezcan directamente a la conciencia, pero manifestándose como signo a descifrar que no es ni identificado ni comprendido de inmediato, surgiendo bajo forma de afectos, asociaciones, representaciones, fantasías, lapsus, sueños.

La contratransferencia se vuelve consciente frente a una situación precisa, luego de haber sido sometida al auto-análisis por parte del analista, lo que le permite percibir el sentido latente disimulado tras el manifiesto o centrado de otra manera que éste. Cuando decimos en mi contra-transferencia estaba inquieta, angustiada, descorazonada, hacemos referencia a niveles superficiales, manifiestos de la contra-transferencia. Lo mismo que los contenidos manifiestos de la transferencia o del sueño, no corresponden directamente a representaciones inconscientes o a afectos suprimidos, sino que su sentido debe ser objeto de un trabajo de exploración y actualización, podríamos decir de “desenterramiento”.

La contra-transferencia es positiva si domina en ella el deseo de comprender (al paciente, a uno mismo, a la situación analítica entretrejida entre ambos), lo que conducirá a establecer vínculos y a trabajar para la vida, para Eros. No importa si, a veces, se acompaña de afectos negativos, siempre que sean comprendidos o que se busque ese entendimiento. La contra-transferencia negativa está dominada por un deseo de no comprender, de desligar, de alejarse psíquicamente de la situación analítica. Este deseo es, a menudo por no decir siempre, inconsciente y puede aparecer encubierto por una formación reactiva, por ejemplo, o por una auto-imagen de analista todo-poderoso.

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. El analista contribuye generalmente mediante la negación que le impide prever lo que se prepara, ya que hay siempre signos anunciadores. ¿Por qué esta negación? El abanico de las respuestas es casi interminable: por su patología personal, por sus afectos negativos (sado-masoquistas, cargados de odio), por su omnipotencia que le impide imaginar que el tratamiento pueda fracasar, por sus mociones pulsionales destructivas reavivadas por ese paciente particular, porque circunstancias múltiples le han conducido a no poder mantener sus sublimaciones.

Creo que las más graves de estas reacciones obran en silencio. El paciente ocultando su masoquismo y escondiendo sus afectos destructivos mediante formaciones reactivas, el analista acompañándolo con su contra-transferencia negativa inconsciente, de modo que la destrucción desencadenada contra el trabajo analítico común, contra el paciente, contra el analista estalla como un rayo en un cielo sereno. A posteriori, el analista comprenderá las diversas etapas negativas negadas de ambos lados. Son importantes, en el analista, el clivaje y la negación; en el paciente, sobre todo el ataque contra los vínculos, en el sentido de Bion.

Esta reacción asesina se produce sea luego de la obtención de un desarrollo importante y prometedor, sea hacia el fin de un tratamiento hasta entonces aparentemente “logrado”, que entonces fracasa sin remedio.

Distingo la reacción terapéutica asesina que liquida al trabajo analítico de formas relativamente moderadas, analizables, de intensidad variable, felizmente más frecuentes. Como la primera variedad descrita, se presentan luego de un éxito señalado en el tratamiento y, en particular, hacia el fin de éste o cuando un signo le ha parecido al paciente anunciador de una separación definitiva. Descansa sobre vínculos con un objeto o varios objetos internos “malos”, fusionantes, que son proyectados sobre o dentro del analista. Su motor esencial no es la destrucción sino la **angustia de separación**: perder al buen objeto y quedar librado a los objetos malos, querer proyectar los objetos perniciosos antes de ser abandonado. Especificaré dos casos.

El del paciente víctima de una relación fusional con una madre “muerta” (en el sentido descrito por André Green, 1980) y peligrosa que le aniquilará si su analista, objeto bueno, se aleja; el analizando que desea reparar a una madre destruida, proyectada en el analista, quien no sobreviviría a la separación (ni el analista ni la madre interna). Naturalmente, proyecciones, introyecciones, reproyecciones, reintroyecciones se producen.

Estas formas moderadas se extienden desde la resistencia insistente por temor al cambio luego de un progreso frente a lo nuevo en el ámbito del análisis, a la sexualidad y a la vida del paciente. Son duras y a veces difíciles de elaborar en parte porque el paciente no colabora, en parte porque dificultades contratransferenciales resultan arduas de resolver. Pero terminan por ceder (una vez, la más prolongada con la que trabajé, pusimos con una paciente veinte años en lograrlo). Sin embargo, estas reacciones se acompañan de una buena relación con el analista, a veces muy reprimida o clivada, cuyo descubrimiento ayudará a contrarrestar el aspecto negativo.

En estas reacciones terapéuticas negativas, la interpretación, el tacto y el tiempo de perlaboración intervienen, así como el autoanálisis de la contra-transferencia, lo cual permite llegar a una evolución favorable y a un fin de análisis acompañado por un sentimiento compartido de éxito. Será largo y duro, habrá que repetir las mismas interpretaciones hasta que al fin sean escuchadas y elaboradas y el analista se deberá armar de una paciencia a toda prueba.

¿Cómo establecer la diferencia entre las diversas formas de reacción terapéutica negativa cuando éstas comienzan? Sobre todo mediante la contra-transferencia. El paciente que detiene su progreso luego de un éxito terapéutico, que resiste mucho luego de éste, no nos inquieta en forma exagerada. Por el contrario, aquél que destruye todo trabajo, nos angustia frente al temor de un final desfavorable, quizás catastrófico (enfermedad psicosomática, accidentes graves...). El analista pasa entonces, retomando las expresiones de A. Green (1990) de una angustia roja (de castración), a una angustia negra (depresiva) y finalmente a una angustia blanca (no saber más qué hacer, caer en un agujero vacío, sentirse totalmente perdido, “at a loss”, como se dice en inglés).

El trastorno contra-transferencial que acompaña a la reacción terapéutica negativa grave sobrepasa, en mi experiencia, en intensidad y en calidad de sufrimiento todos aquellos experimentados en otras ocasiones: las

angustias paranoides frente a los pacientes psicóticos peligrosos, las angustias de culpabilidad suscitadas por los melancólicos suicidarios, las angustias de castración frente a diversas situaciones, tales como fracasos, abandono por parte de los pacientes, desaprobación por terceros. Es porque esta reacción desborda nuestros límites, nos empuja al acting: se sienten ganas de enviar a pasear al paciente, de hecho se termina a menudo por derivarlo, no logramos guardar nuestra neutralidad. Es una herida narcisística importante, estropea nuestra auto-imagen, nos culpabiliza intensamente. También se está herido narcisísticamente por no “triunfar”, ser derrotado.

Freud, en 1937, se refería a la roca, según él encontrada en todos los tratamientos, especie de reacción terapéutica negativa general *a mínima* que se puede suponer ligada a la imposibilidad de la aceptación de la feminidad en los dos sexos, la cual aparece bajo forma de envidia del pene en la mujer y de rechazo de la posición pasiva frente al padre en el hombre. Desde aquel tiempo, las teorías sobre la sexualidad femenina han cambiado mucho y nadie, en nuestros días, me parece, piensa que las desgracias femeninas se reducen a la envidia del pene ni que la angustia de castración que acompaña la posición pasiva frente al padre sea imposible de resolver. Por mi parte, no he encontrado reacciones terapéuticas negativas debidas a estas dos razones, aunque, es cierto, éstas sean a menudo fuente de resistencias, en los neuróticos más que en los borderlines.

Es en el «Hombre de los lobos» (1918) que Freud señala que cada vez que un síntoma estaba definitivamente resuelto, el paciente manifestaba “reacciones negativas” pasajeras y trataba de negar, mediante este agravamiento temporario, la desaparición del síntoma. En “El yo y el ello” (Freud, 1923) retoma al pasar este tema a propósito de las personas que, cuando su analista se muestra satisfecho, agravan su estado por una reacción terapéutica negativa, siendo ésta la primera vez que emplea este término, al menos en sus escritos publicados. En el fondo, dice, se encuentra la inaccesibilidad narcisística, la actitud negativa con respecto al médico y el beneficio aportado por la enfermedad, del cual el paciente no se quiere desprender; o bien un sentimiento de culpabilidad que no renuncia al castigo y al sufrimiento. En «El problema económico del masoquismo» (1924). Freud vuelve sobre el sentimiento inconsciente de culpabilidad, ligándolo al masoquismo. En «Análisis terminable e interminable» (1937), señala que no hay fuerza de las resistencias más poderosa que aquella provocada por una fuerza que se defiende contra la curación por todos los medios y busca absolutamente la enfermedad y el sufrimiento. Una parte de esta fuerza, localizada en la relación del yo con el super yo, es la conciencia de culpabilidad. El masoquismo, la reacción terapéutica negativa, la conciencia de culpabilidad de los neuróticos, les impiden considerar que los acontecimientos psíquicos están dominados por la aspiración al placer y esto constituye un índice innegable de la existencia de la pulsión de agresión o de destrucción, derivada de la pulsión de muerte originaria. Señalemos que, como en los comienzos, Freud repara en la fuerza de las resistencias gracias a lo que él siente, es decir debido a su contra-transferencia.

Poco antes de este último escrito evocado, Ferenczi (1928) proclama su rechazo a que se atribuya al paciente toda la responsabilidad de la reacción terapéutica negativa y propone tomar en cuenta los puntos ciegos de la contratransferencia.

En la escuela inglesa, Joan Rivière (1936) considera que la reacción terapéutica negativa es analizable y está ligada a la culpabilidad, lo que

favorece el pronóstico. Limentani (1981) señala un punto esencial, el primero en hacerlo después de Ferenczi: el sufrimiento contratransferencial cuando el trabajo analítico, hecho con cuidado y amor, es despedazado y cuando además el analista tiene que cuidarse de no contra-atacar.

En Francia, Pontalis (1981) sugiere que la reacción terapéutica negativa es una pasión desmesurada, destinada a curar a la madre loca e indestructible en el interior de sí mismo, la cual garantiza al sujeto su propia permanencia. Para Green (1993) la reacción terapéutica negativa es una relación que es una no relación, una alianza del masoquismo y del narcisismo, modelo de invulnerabilidad frente al objeto, ya que el narcisismo negativo aspira a tensiones de nivel cero. El paciente adopta una estrategia de no deseo donde el Otro permanece como la instancia de una autoridad mortífera mantenida en una relación parasitaria fría y fija, que se burla del super yo, mientras que la destructividad interna toma la forma de una autosuficiencia negadora del objeto. El fin de ese combate es encontrar refugio en el repliegue narcisístico y la autosuficiencia.

La patología del analista facilitadora de la reacción terapéutica negativa se observa por la repetición de fracasos y/o conductas masoquísticas con ciertos tipos de casos o frente a algunas patologías, más allá de las dificultades propias de éstas. Se trata de puntos ciegos, por represión o clivaje, de los cuales es imposible hacer una enumeración pero cada uno de nosotros debe conocer los suyos. Freud recomienda haber “cobrado imperio sobre los ‘puntos débiles de su propia personalidad’”. (1937, pág. 248).

En los casos típicos, las formas analizables se declaran en el período precedente a un final previsto y fijado, prolongando, en esos casos, el tratamiento ya que hay que abstenerse de rigidez, no saltar “como un león” (Freud, 1937, pág. 222), sino trabajar lo mejor posible para que la separación sea buena o, parafraseando a Winnicott, “bastante buena”. Esta dificultad surgiendo al fin del trayecto podrá, también, ser un sobresalto destinado sea a impedir que el tratamiento se termine en un momento considerado por el paciente como demasiado próximo, sea a liberar afectos negativos escondidos hasta entonces, lo que nos conforta en cuanto a la falta de gravedad de lo que será entonces un conflicto más a resolver.

El comienzo de esta reacción podrá situarse mucho antes del fin del tratamiento en ocasión de una mejoría o de un éxito importante, que el paciente experimenta como el anuncio de un fin próximo, o luego de alguna alusión del analista a la eventualidad de una separación futura o de una disminución del número de sesiones.

La reacción terapéutica negativa asesina se desencadena, ella también, a veces, hacia el fin del análisis. ¿Por qué? Porque, hasta ese momento, los afectos negativos habían sido negados por ambas partes; porque es la ocasión de un triunfo definitivo del sadomasoquismo y de la destrucción; porque es como un asesinato ritual, eventualmente recíproco; porque el tratamiento se desarrolló mal y se termina aun peor y que cada uno quiere aparentemente desembarazarse del otro pero en realidad conservarlo, interiormente al menos, en una unión destructora.

Estas dos formas de reacción terapéutica negativa, como todo fenómeno psíquico, están constituidas por varios elementos, generalmente acumulados desde largos años de la vida del paciente y de la duración del tratamiento. Me parecen esenciales: el masoquismo (llamado por Freud sentimiento inconsciente de culpabilidad), el odio (contra el analista, contra sí mismo, contra la realidad), la omnipotencia que hace preferir vencer al analista más

bien que mejorarse, el narcisismo negativo que elige la extinción de la vida más bien que la catexis de los objetos; la envidia, que busca estropear el éxito del objeto “bueno”. En la forma susceptible de elaboración, como lo dije anteriormente, se trata sobre todo de la angustia de separación.

Los ingredientes del lado del analista son los mismos. El final del análisis es esperado con la expectativa de un éxito pero también con el temor de un fracaso, de una recaída, de un abandono. También, a veces, con el deseo de liberarse de una transferencia algo pesada, de una repetición demasiado acentuada. Desde ese punto de vista, la reacción terapéutica negativa viene, a la vez, a desengañar del éxito esperado, a confirmar el miedo al fracaso (comprendido en éste la herida narcisística sufrida), a fortificar las angustias de separación, a alejar la esperanza de liberación de los aspectos desagradables. Además, provoca culpabilidad puesto que el analista sabe, al menos inconscientemente, que en algo ha intervenido.

La diferencia entre lo que siente el paciente y lo que experimenta el analista en los dos casos descritos (reacción terapéutica negativa asesina y reacción terapéutica negativa susceptible de elaboración) es principalmente de orden cuantitativo. Como lo decía Freud, estamos así confrontados a la importancia del factor económico y advertidos que el análisis sólo puede poner en movimiento cantidades limitadas de energía que deben enfrentar fuerzas hostiles. La victoria, añade Freud, en la mayoría de los casos es obtenida por los batallones más fuertes. Sin embargo, los afectos transferenciales y contra-transferenciales tienen una connotación diferente en cada una de estas variantes.

Hagamos una breve revisión de estos diversos elementos.

Sado-masochismo

La mayoría de los autores, Freud incluido, consideran al masochismo o al sentimiento inconsciente de culpabilidad como uno de los elementos más determinantes de la reacción terapéutica negativa. No estoy tan segura en lo que respecta a la reacción terapéutica asesina del tratamiento: ese sentimiento solo no lograría provocar un odio de tal magnitud y tan durable. Por otra parte, evidentemente, el masochismo está siempre acoplado con el sadismo. Pienso más bien en una pulsión de destrucción desencadenada: “...una marea creciente de las fuerzas pulsionales”, como “los dragones del tiempo primordial” (1937, pág. 232) de los cuales se duda que hayan perecido hasta el último.

El norteamericano Searles (1986) señala la ambivalencia del analista hacia sus pacientes, la angustia insoportable frente a la idea de perderlos y las fuertes ganas de desembarazarse de ellos. Se trata del “médico abnegado” que prodiga sus cuidados al débil paciente, en un rol seductor, que no permite, aparentemente, ningún sentimiento negativo. Esta devoción hace de él la presa del sadismo del paciente. Así es actuado el deseo reprimido de rechazarlo, pero testimoniándole una devoción omnipotente, devoradora, vampirista que lo asusta y le da ganas de huir. Este autor no designa específicamente la reacción terapéutica negativa, pero su descripción del analista abnegado evoca la contratransferencia a menudo presente en esta patología: culpabilizado, masochista, con un sadismo reprimido o frenado mediante formaciones reactivas. Como el masochismo se acompaña de sadismo, el cual a su vez se torna en masochismo y así sucesivamente, se entra en un círculo vicioso potencialmente interminable.

Odio

Fairbairn (1952) describió con complejidad y riqueza el mundo interno de los pacientes graves, en el centro de los cuales se yergue, tiránico pero indispensable, el objeto malo al que se odia pero se necesita.

Poco después, M. Klein y su grupo (P. Heimann, J. Rivière, H. Rosenfeld, entre otros) desarrollaron la comprensión de los afectos negativos ligados a la pulsión de muerte: odio, destructividad, voracidad, envidia (1946). La voracidad es un deseo impetuoso e insaciable, que va más allá de lo que el sujeto necesita y de lo que el objeto quiere dar. Su fin es la introyección destructora destinada a demoler la creatividad del objeto. Está ligada a la introyección mientras que la envidia lo está a la proyección. La transferencia las revive, por ejemplo cuando el analista ha hecho una buena interpretación. Querer desvalorizar el trabajo del analista es la expresión de la envidia, pero el sentimiento del daño causado por ésta, la gran angustia que de ella surge y la incertidumbre resultante en cuanto a la bondad del objeto, tienen por efecto aumentar la voracidad y las pulsiones destructoras.

Una de las consecuencias de la envidia excesiva es el sentimiento de culpabilidad. Si el yo es aún demasiado inmaduro, ésta es sentida como persecución por parte del objeto. Una defensa contra la envidia es la desvalorización del objeto. Se encuentran todos estos afectos violentamente destructivos, de ambas partes, en las reacciones terapéuticas negativas asesinas. Ciertamente, serán más intensas del lado del paciente, pero será duro para el analista soportar la envidia, la voracidad y no sentir afectos negativos (si pudiera no venir más..., si pudiera desaparecer...).

Green (1986) describe el rol del odio hacia el analista (y sobre todo hacia el análisis) que traba la progresión del tratamiento. Podemos pensar que, del lado del analista, en esos casos, es un odio de su propia actividad analítica. El odio, lo sabemos, suscita al odio y allí también un círculo vicioso se constituye. Además, el analista se siente culpable si llega a odiar largo tiempo a su paciente.

La analista americana Epstein (1983) señala que es un error cuando el analista persiste, frente a los esfuerzos del paciente para atacarlo, en comportarse como si fuera siempre bueno. Sin embargo, se debe cuidar con los pacientes masoquistas, quienes se sienten gratificados por el ataque en respuesta al odio por ellos suscitado.

La situación se vuelve peligrosa si el paciente ha penetrado los límites del analista y lo ataca en su interior. Si no reacciona, el analizando dejará la sesión como si fuera la escena de un crimen. Dos de estas consideraciones me interesan particularmente: evitar la dulce voz cuando estamos descontentos, por un lado, y la posibilidad que el paciente penetre los límites del analista, por el otro, caso en que éste último se vuelve vulnerable y no logra funcionar.

Omnipotencia

Quizás no haya otra patología o situación donde la omnipotencia del paciente sea más evidente y más irreductible que en la reacción terapéutica negativa. Esta reduce al analista a la impotencia, mientras que el analizando espera conservar este modo de relación indefinidamente y goza de la cólera contenida del terapeuta, lo que le permite negar su sufrimiento actual e infantil y vengarse sobre el analista de lo que sus padres le infligieron (o de lo que cree haber sufrido).

Sobre todo, como la reacción terapéutica negativa estalla luego de un período de trabajo satisfactorio, el paciente se regocija frente al desamparo, a

la desilusión del analista, quien se imaginaba vencedor de la enfermedad, de la pulsión de destrucción, del odio.

Allí está un analizando orgulloso de su posición omnipotente frente a un analista impotente, transformación en lo contrario de las situaciones infantiles o de la transferencia de la primer parte del tratamiento. ¿Se ha “realmente” vengado? No, ciertamente su placer no será duradero. El analista terminará por reaccionar e interrumpir la relación. Me sucedió una vez, en que pude observar el profundo asombro del enfermo, que estaba seguro que me poseería para toda la vida, soportando sus insultos y su soberano desprecio, caso publicado recientemente. (Urtubey, L. de, 2000).

La omnipotencia puede presentarse, esperemos que débilmente, en el analista. En ese caso, es una lucha entre enemigos declarados (o no, lo que es más traicionero) que comienza. El analista quiere ser el más fuerte y curar a su paciente aún contra la voluntad de éste; el paciente prefiere sufrir siempre que vengarse al analista y logre tornarle impotente. Esta guerra *Luisa de Urtubey - 21* pone al analista en tensión y lo sumerge de excitación no descargada.

Narcisismo

Se puede considerar que más allá de la culpabilidad excesiva, una problemática narcisista subtiende a la reacción terapéutica negativa. Más vale estar solo, encadenado a su desgracia única e incomparable que recibir la curación gracias a otro. Pasemos a la reacción terapéutica negativa **desencadenada por el analista.**

En las precedentes modalidades de reacción terapéutica negativa, el analista participa con su desmentida inicial, su rechazo y su desesperanza. Pero en la forma que describiré ahora, es él quien se lanza en el acting, olvidando su neutralidad y su compromiso terapéutico. Busca su satisfacción, ciertamente no erótica sino destructora. Bajo cubierta de un falso amor, daña a su o sus pacientes, en un acto incestuoso.

Aunque haya habido una interacción terapeuta/paciente en el origen de ese hecho catastrófico, esta vez es del lado del analista que pesa la responsabilidad de la destructividad desobjetalizada. Me parece que, en paralelo a lo que sucede con los pacientes, es más bien hacia el fin del tratamiento o luego de un éxito terapéutico que el acting se produce. Digo “me parece” ya que hasta ahora no he trabajado con analistas habiendo sucumbido a esta patología sino con sus numerosas “víctimas”.

Se trata de la patología más grave del analista en actividad y una circunstancia desdichada desgraciadamente bastante frecuente en la que el analista toma la iniciativa de un acercamiento aparentemente erótico que puede o no llegar hasta el coito, sea durante la sesión sea acudiendo el terapeuta al domicilio de su paciente (se trata generalmente de una mujer).

Si el hecho es único, seguido de la interrupción del tratamiento y del envío de la paciente a un colega informado de lo sucedido, se puede esperar un eventual desenlace favorable y considerar el hecho como un acting grave pero circunscrito. Desgraciadamente, en mi experiencia, esto es excepcional.

Una singularidad es posible, como lo admitía Freud (1915), si ambos están dispuestos a unirse públicamente. Pero no sucede a menudo ya que el analista que actúa de esa forma lo hace generalmente con varias pacientes, sucesiva o simultáneamente. Con ella(s), la situación se instala más o menos duraderamente, sin evolucionar hacia una interrupción del “tratamiento” seguida de una relación amorosa única y pública.

Esos analistas se dejan guiar por un sadomasoquismo intenso y una incapacidad de controlar sus deseos frente a la transgresión: paralelamente, la(s) paciente(s) que no rompe esa relación está acribillada de fijaciones masoquistas y un vínculo erótico/asesino se instala entre los dos.

Algunos (Searles (1981) en especial) buscan desculpabilizar al analista diciendo que se trata de una tentativa de reparación. No lo creo. En todo caso, no en la mayoría de las ocasiones; sí se trata de casos “desesperados”, en los que se ha ensayado todo hasta volverse uno mismo desnortado y sin brújula, quizás pueda imaginarse que es un medio (aunque inadecuado) de ofrecer amor. Al acting incestuoso se añade el secreto, característico de la perversión, la paciente no teniendo valor para romper el vínculo y sintiendo vergüenza de revelar el hecho a otro analista, empresa vivida como traición mientras se cree elegida por el padre entre todas las demás y en el lugar de la madre. A veces, estas situaciones cesan cuando la analizanda se entera que el “padre incestuoso” procede de la misma manera con todas o varias de sus “hijas”. Entonces, humillada, herida narcisísticamente, la paciente irá a “denunciarlo”.

Estos actings suceden sobre todo entre analista hombre y paciente mujer: deberíamos pensar que el super yo, al contrario de la opinión de Freud, es más débil en los hombres en materia de perversión o de incesto, éste más frecuente socialmente entre padre e hija y mucho más excepcional entre madre e hijo. ¿Debemos recordar que la perversión se encuentra principalmente en los hombres? Porque es una perversión abusar sexualmente de su paciente-hija, aprisionada en la red del Edipo. Perversión en el sentido de Freud (1905) en cuanto a su fin prohibido. Perversión en cuanto a su contenido, en el sentido de Stoller (1986), como forma erótica del odio. Si el super yo fuera más sólido en las mujeres, ello se explicaría, pienso, por su ligazón con el padre, durando, según Freud, más allá del Edipo.

Pero dejo esa interrogante para profundizarla en otro momento

En el fondo, el analista actúa sea por deseo de destruir a una paciente en particular, sea por odio general al análisis; en el primer caso, se trata del retorno contratransferencial de un odio infantil no elaborado; en el segundo, de un odio contra su propio analista con quien el trabajo habría despertado, sin resolverla, una fuerte destructividad envidiosa.

Este tipo de acting ocurre más frecuentemente en los analistas “autorizados” por sí mismos. Carecen de modelos identificatorios (analista, supervisores, lecturas de Freud) e imaginan que se puede “analizarlo todo”. Esto es falso, particularmente la persona que ha conducido el tratamiento en el cual hechos graves se han producido, cometidos por él mismo, no es apta a analizarlos.

El acting sexual, sobre todo si se produce de forma repetida, necesita de una estructura patológica perversa clivada fuertemente instalada. Es una forma de pedofilia, el paciente en tratamiento analítico habiendo, mediante el efecto del encuadre y de la transferencia, regresado al estado psíquico de niño, al menos durante la sesión o, más bien, frente al analista.

Siendo así, el acting sexual del analista equivale a un traumatismo infantil, puesto que el análisis hace revivir aquella época pasada y, por consecuencia, el analista, en esos casos, comete un incesto.

Para juzgar los efectos de esos traumatismos, hay que recordar que el tratamiento analítico “vuelve a abrir” la sexualidad infantil del paciente (Laplanche, 1987) que vive inconscientemente al analista como su padre y/o su madre. Un traumatismo en el análisis será el equivalente de un traumatismo infantil intenso. Destruye, al menos temporariamente, el funcionamiento

psíquico del paciente, traumatizado gravemente por aquél de quien esperaba el mayor bien (Ferenczi, 1933).

Surge aquí el problema de la veracidad del relato hecho en un tratamiento ulterior. Pero, aunque la realidad psíquica sea dominante, los efectos de la realidad "real", si ésta ha sido traumática, pesan sobre la primera de manera diferente, más intensa y desestructurante que las fantasías, ya que ha sido agujereada la barrera antiestímulo, como se observa en un análisis posterior o en el relato de los acciones perturbadoras y angustiantes obradas durante el intervalo (enfermedades, accidentes...).

El traumatismo infligido por el analista en ruptura de encuadre y de neutralidad, abandonando los intereses de su paciente, deslumbrado por su propio narcisismo, subyugado por sus pulsiones descontroladas, impulsado por su excitación desatada, tiene una cualidad particular, reconocible por sus efectos sobre el funcionamiento psíquico de la paciente y susceptible de ser distinguido de la realidad psíquica fantasmática.

Un re-análisis es recomendado, con razón, para disminuir el impacto traumático y preservar el eventual buen trabajo realizado antes del acting, si éste sobrevino luego de algunos años. En los numerosos casos de los que tuve conocimiento, la paciente se sentía terriblemente culpabilizada -son elegidas pacientes que sufren de un importante masoquismo femenino y moral y con un yo poco defendido- e intenta atribuirse la culpa.

¿Trátase de una perversión? Freud coloca en las perversiones con relación al objeto, la elección de niños, de sujetos calificados de inmaduros, aunque en los "Tres ensayos" (1905) no se detiene largamente sobre este punto. Sin embargo, en sus primeros escritos, sobre todo en su correspondencia con Fliess, se había extendido ampliamente, sobre la perversión de los padres que seducen sexualmente a sus hijas de poca edad. Parecería que, luego, sólo lo pensó al referirse al incesto como barrera y prohibición. Ignorarlos revelaría una grave carencia en la constitución del Super yo.

Krafft-Ebing (1923) incluye al incesto entre las perversiones. No veo otra posibilidad de considerarlo si no es como perversión o psicosis, lo que no es generalmente el caso en esos analistas transgresores. Evidentemente, la paciente no es realmente una hija ni el analista un padre o una madre. Pero ése es el plano de la realidad no el del análisis. En la fantasía, en el inconsciente, en la transferencia y la contra-transferencia, el analista es un padre o una madre y el acto sexual una transgresión a la ley.

¿Cuáles son las causas posibles del acting incestuoso en el analista? Es difícil de hacer una enumeración precisa, menos aún exhaustiva. Tratemos sin embargo.

Primeramente, era perverso y su tratamiento no le curó. En segundo lugar, no habría soportado su trabajo: restos perturbadores de su propio análisis, las desgracias de la vida habrían pesado demasiado sobre él, o sus tentativas de un nuevo análisis habrían fracasado. O bien se habría tornado inanalizable porque un núcleo paranoico, hasta entonces controlado, se manifestaría, refractario al análisis. En tercer lugar, un paciente particular habría logrado desestabilizarlo. No imaginemos que por su belleza, que puede perturbar pasajera pero no es causa de incesto, sino por sus componentes perversos que se aliaron a los propios.

Incontestablemente, aún si la culpa corresponde al analista, no es con todas las pacientes que se permite ese acto. Hay, creo, dos categorías de pacientes que lo favorecen: aquellas cuyo masoquismo moral está a flor de

piel, que no negarán nada a su nuevo super yo y luego se sentirán culpables. Con ellas, el acting sexual tiene lugar una sola o algunas pocas veces, ya que huyen. La segunda categoría abarca pacientes con un núcleo perverso más o menos importante que forma una alianza con el del analista.

Este núcleo es tanto más importante si el acting se instala y la pseudo paciente continúa una existencia aparentemente normal. Ello implica un clivaje del yo en el sentido de Freud (1927), que quizás un falso self (como el descrito por Winnicott) disimulará. Este falso amor de transferencia/contra-transferencia portador de narcisismo de muerte destructor (en el sentido que le otorga A. Green, 1983) estallará posteriormente bajo forma de odio contra los demás y contra sí mismo (agresiones, enfermedades psicosomáticas, accidentes, suicidios).

El acting sexual del analista se produce en muchos (o quizás en todos) los países. Un colega norteamericano Dahlberg (1970) señala que se trata frecuentemente de analistas deprimidos, psicópatas o grandiosos que pierden el control de sus actos. Hombres que declinan con la edad... la depresión siendo un factor de acting. Si de eso se trata, el paciente se siente traicionado, explotado. Pero la observación importante que formula este colega es que poco ha sido escrito (y dicho) sobre ese tema. Stoller (1986) piensa que la hostilidad y el desprecio son los centros de la excitación erótica en esos analistas. Buscan sentirse potentes frente a una mujer(es) humillada(s).

¿Por qué no se habla nunca de esto? ¿Tenemos tanto temor que pueda sucedernos, o producirse entre nosotros, y entonces, supersticiosamente, preferimos callarnos? ¿Era tan frecuente antaño que tememos que nuestros antiguos analistas hayan estado implicados y queremos preservarlos?

Bibliografía

- BARANGER, W. y M. (1960-1961). La situación analítica como campo dinámico. En: *Problemas del campo psicoanalítico*. Bs. As. Ed. Kargieman (1969), págs. 129 - 164.
- DAHLBERG, C. (1970). Sexual contact between analyst and patient, *IJP*, 49.
- EPSTEIN, L. (1983). The therapeutic function of hate in the countertransference. En: *Countertransference*, Aronson.
- FAIRBAIRN, D. (1952). *Études psychanalytiques de la personnalité*. Routledge.
- FERENCZI, S. (1928). Le problème de la fin de l'analyse. En: *OEuvres Complètes*, 4, Payot.
- (1933). Confusion de langues entre les adultes et les enfants. In *OEuvres Complètes*, 4, Payot.
- FREUD, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. T. VII. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1978.
- (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III). T. XII. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1980.
- (1918). De la Historia de una Neurosis Infantil. (El «Hombre de los Lobos»). T. XVII. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1980.
- (1923). El Yo y el Ello. T. XIX. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1980.
- (1924). El Problema Económico del Masoquismo. T. XIX. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1980.
- (1927). Fetichismo. T. XXI. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1979.
- (1937). Análisis Terminable e Interminable. T. XXIII. Bs. As. Ed. Amorrortu, 1980.
- GREEN, A. (1980). La Madre muerta. En: *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris. Ed. de Minuit, 1983.
- (1986). Le travail du négatif, *RFP*, 1.
- (1990). *La folie privée*, Gallimard.
- KLEIN, M. et al. (1946). *Desarrollos en Psicoanálisis*. Bs.As. Ed. Hormé, 1971.
- KRAFFT - EBING, R. von (1923). *Psicopatía sexualis*, Climates.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF.
- LAPLANCHE, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, PUF.
- LIMENTANI, A. (1981). On some positive aspects of the negative therapeutic reaction. *IJP*, 62 .
- PONTALIS, J.B. (1981). Non, deux fois non, *NRP*, 24.
- RIVIÈRE, J. (1936). A contribution to the Analysis of the Negative Therapeutic reaction , *IJP*, 17.
- SEARLES, H. (1986). Le «médecin dévoué dans la psychothérapie et la psychanalyse», *NRP* 33.
- (1981). *Le contre-transfert*, Ed. Gallimard.
- STÖLLER, (1986). *Perversion, the erotic form of hate*. Marenfield.
- URTUBEY, L . de (2000). Quand transfert et contre-transfert négatifs se rejoignent durablement, *RFP* 64, 2.