

CORREO DE LECTORES

De Luisa de Urtubey.
A propósito del trabajo de Javier García
“Cuando Eros tienta a Thanatos. Algunas ideas
en torno a las llamadas “Reacciones Terapéuticas Negativas”
y la “Transferencia Negativa”
Rev. Uruguay de Psicoanálisis 2003, 97, págs. 74-94.

Estimado colega:

He leído su trabajo “Cuando Eros tienta a Thanatos”, el cual me ha resultado extremadamente sorprendente. En primer lugar, por su opinión que la reacción terapéutica negativa (RTN) es un problema añejo. Bueno, tal vez lo sea para ustedes. No en Europa ni en EEUU. En particular, es acuciante el hecho de que muchos analistas cometen actings sexuales con sus pacientes, que era el propósito de fondo de mi artículo. Este tema centró la amplia y rica discusión en mi Sociedad de París y centrará también la Monografía sobre ese tema que preparamos para fin de año. Por ejemplo, Gabbard, el actual co-redactor en jefe del International Journal, se dedica casi enteramente a tratar de esas dificultades. Es un autor extremadamente interesante, y no añejo, sino actual.

En segundo lugar, pienso que Ud atribuye las opiniones de los unos a los otros (por ejemplo J. Riviere describió la RTN como debida principalmente a sentimientos de culpabilidad y tentativas de reparación mucho más que a la envidia; por ejemplo cuando A. Green habla de una relación de no-relación no se refiere a la RTN sino a los pacientes dominados por el narcisismo negativo, lo cual no es el caso de los que presentan una RTN).

La definición clásica (y añeja tal vez, pero como un vino) es la de Laplanche y Pontalis (ex-analizandos de Lacan): “Fenómeno encontrado en ciertas curas analíticas como tipo de resistencia frente a la curación, particularmente difíciles de superar: cada vez que se espera del progreso del análisis un mejoramiento, se produce un agravamiento, como si ciertos sujetos prefirieran el sufrimiento a la curación. Freud vincula ese fenómeno a un sentimiento de culpabilidad inconsciente inherente a ciertas estructuras masoquistas”. Esta definición aunque clásica es, si, añeja, en cuanto no menciona lo que destacarán autores posteriores, entre ellos Pontalis y el inglés no kleiniano Limentani: el intenso sufrimiento contra-transferencial del analista. Yo añadiría la influencia de la pulsión de muerte, entendida en el sentido de pulsión de destrucción, tal como es descrita en “Malestar en la cultura”, el texto fundamental de Freud sobre esta pulsión, desgraciadamente poco trabajado en general. En tercer lugar, el caso descrito por usted no presenta en absoluto una RTN: el hecho somático fue tal vez objeto de una representación-cosa inconsciente, que se tradujo en la fantasía de ser desangrado por usted. Esto no es un empeoramiento psíquico. No nos dice si el paciente falleció o si retomó el análisis. Falta ara una RTN la resistencia intensísima, la transferencia negativa de sumo grado, la mejoría notable precedente, el tiempo largo de un análisis profundo anterior, el sufrimiento contra-transferencial suyo, la duración del período durante el cual se manifiesta esto (varios años, como lo destaco en mi trabajo o en el libro anterior que envié a la APU). Ese paciente comenzó un análisis en forma aparentemente corriente, luego se enfermó, no sabemos aún bastante de las relaciones

inconsciente-cuerpo para calificar ese hecho de acting, ni mucho menos que su finalidad haya sido de atacarle a usted. En cuarto lugar, usted afirma que no todo es transferencia y contra-transferencia, no basta con entender e interpretar. Pues no: todo lo que pasa en la sesión (y no en la vida del paciente) es transferencia, las huellas mnémicas del pasado infantil están en nosotros, la libido reprimida está pronta para ser transferida sobre el analista (la pulsión de muerte también) y lo hace regularmente, salvo en los casos inanalizables, como los señalados por A. Green. Lógicamente, el paciente vive también fuera de la sesión, donde a veces desplaza y hace transferencias laterales, a veces no, cliva y actúa aspectos no aparecidos en el análisis. Claro está, con un analista libre de teorías pre-establecidas, con un buen encuadre (un mínimo absoluto de tres sesiones semanales), con capacidad interpretativa por lo menos mediana. Sí puede ocurrir una interferencia de la realidad durante la sesión: tocan el timbre, llega un electricista, se sienten ruidos, el gato de la analista se ha escondido tras una cortina y salta al medio del consultorio. Todo ello es interpretable, si vale la pena; no, si al paciente no le hace mella y sigue asociando. Otras realidades pueden ser más terribles: en tiempos de la dictadura, de repente se abría la puerta y entraba un soldado armado pidiendo sus documentos al paciente y al analista. Hubiera sido absurdo interpretar la intrusión del padre malo u otra tontería por el estilo. Lo mejor era callar, si se podía. Suponer una ausencia de transferencia /contra-transferencia durante la sesión, me parece una imposibilidad, es como decir que podría no haber vida psíquica. Tal vez pueda pensarse eso para los desmayos, estados de coma, anestésias. Pero no lo sabemos y por suerte no se producen generalmente en sesión. Antes de terminar, quisiera insistir en que la finalidad de mi artículo no es resucitar la RTN del paciente, que por aquí goza de excelente salud, sino hacer reflexionar sobre la RTN del analista cuando ésta lo lleva a cometer actos sexuales, que se pueden calificar de pedofílicos, con sus pacientes. Tema generalmente silenciado. Allí también, lo hace en curas avanzadas, que prometían bien y que él destruye con los derivados de su pulsión de muerte. Que se le añada masoquismo y placer en ser luego descubierto, puede ser. He tenido varios casos de pacientes así atacadas, pero no de analistas atacantes. Cordialmente

Luisa de Urtubey

*Respuesta (solicitada por la RUP),
de Javier García al comentario
de Luisa de Urtubey*

Estimada Luisa de Urtubey,

He leído su trabajo “Sobre la reacción terapéutica negativa” (*Rev. Uruguaya de Psicoanálisis 2003, 97 págs. 9-28*) y sus comentarios sobre mi texto.

1- Efectivamente esta fue una ponencia en un Panel de la A.P.U. donde, si recuerdo bien, hace al menos quince años que no se presenta ningún trabajo sobre R.T.N. y, además, es un concepto poco referido en las discusiones clínicas de nuestro medio. En ese contexto utilicé la palabra “añejo”. Mis referencias a algunos trabajos actuales sobre el tema significan que no pienso que en el resto del mundo sea así. De hecho no lo es apenas en la otra orilla de nuestro Río de la Plata, donde la R.T.N. ha concitado especial atención desde los ya clásicos trabajos de Racker y Cesio hasta los más recientes aportes de N. Marucco. No obstante, la pluralidad y heterogeneidad del psicoanálisis actual hacen difícil sostener con tanta certeza como Ud. lo hace la buena salud del concepto en dos continentes. Cada tiempo volvemos sobre los conceptos, los re trabajamos a partir de viejas y nuevas preguntas. Lo añejo y lo nuevo se pueden intrincar productivamente, a veces. Sería interesante un estudio comparativo de teorías prevalentes y preferencias técnicas, sobre todo en la conceptualización y trabajo de la transferencia, que nos pueda aportar sobre estas diferencias.

Por otra parte, respecto al problema de los actings sexuales de analistas que Ud. trabaja, reconozco preocupante la situación que describe, pero no me es fácil de relacionarla con el concepto de R.T.N.

Lo retomaré al final.

2- La confusión de autores que Ud. me atribuye no creo que se desprenda de mi texto. a) Las diferencias entre M. Klein y Joan Riviere quedan citadas en la página 80-1 (RUP 97): “*Siguiendo las teorizaciones kleinianas, tanto por los aportes de J. Riviere (1936) como por los de M. Klein (1957), quedan destacadas tanto la intensidad de la posición depresiva y sus defensas maníacas [por la primera] como la envidia [por la segunda]*”. Y en el párrafo siguiente: “*..una forma de entender los objetos internos primarios que Joan Riviere colocaba en el centro de una presión reparatoria en las R.T.N.*”.

b) Respecto al concepto de “*relación de no-relación*” de A. Green, es una cita no referida como ejemplo de R.T.N. sino que está ubicada en un párrafo en el que me refiero al problema del trabajo de la transferencia-contratransferencia cuando las vivencias de analizando y analista quedan ubicadas en espejo. ¿Quiénes el sujeto de lo que allí ocurre? Ahí digo que no es solamente un problema de cómo conceptualicemos la transferencia sino un problema de la situación analítica misma, por trastornos narcisistas de esa relación. Sin embargo, paradójicamente, es Ud. quien en su artículo refiere a la *relación de no-relación* descrita por A Green como R.T.N., en página 15 (R.U.P. 97): “*Para Green (1993) la Reacción Terapéutica Negativa es una relación que es una no relación..*”

3- Respecto a la viñeta clínica que incluyo Ud. afirma, con una certeza que caracteriza todo su comentario, que no se trata en absoluto de una R.T.N. Yo no dispongo de esa certeza en una opinión contraria, sobre todo porque esto depende de qué entendamos por R.T.N., que es lo que trato de discutir y hacer algún aporte para pensar, útil o no, es nuestro riesgo. El hecho somático que presenta esta viñeta y que Ud. lo aleja de las R.T.N., también curiosamente lo cita como R.T.N. en página 13 (R.U.P. 97), como uno de los finales desfavorables o catastróficos de un análisis: “*enfermedad psicosomática, accidentes graves..*”, posición que comparto. Este caso descrito tuvo muchos de los elementos descritos por Freud de R.T.N. (referido en pág.77-8), no así algunos que Ud. cita, como una transferencia negativa intensa y un sufrimiento contratransferencial duradero, elementos que yo propongo en mi texto como diferentes de las R.T.N. Esto es, trato de diferenciar las transferencias negativas intensas de las R.T.N., especialmente por las diferencias de pronóstico y tipo de intervención analítica. Lo ejemplifico con el caso descrito por Pontalis.

4- El cuarto punto del comentario es quizás el que implica una discusión analítica de fondo, pues trata de la concepción de la transferencia. No me referiré a qué es lo que se transfiere ni a los ejemplos que Ud. cita pues no son problemas a los que me refiera en mi texto. Lo que sí está en cuestión es la idea de que la transferencia contiene todo lo que pasa en sesión y que solo se requiere la habilidad del analista para descubrirlo y que el analista tiene un papel decisivo en que se instale una RTN en el paciente. Hay circunstancias especiales en que esto último puede ser así, pero no pienso que constituya lo determinante de una RTN; no creo en un analista tan poderoso ni en un inconsciente que contenga todo. De cualquier forma yo me refiero a momentos donde la transferencia se desmorona o agujerea en pasajes al acto. Algo se venía armando como elaboración psíquica, como mejoría tras largo trabajo analítico e “inesperadamente” aparece un empeoramiento que implica diferentes riesgos (vida, familia, trabajo, accidente, etc.).

El masoquismo primario y la pulsión de muerte que es lo que está principalmente en juego en la noción de R.T.N. restringida que yo manejo (quizás cercana a la idea de R.T.N. asesina en cuanto a su intensidad y gravedad), no pienso que se corresponda con sectores de la pulsión fijada a representantes sino, por el contrario, a fracasos de esas fijaciones. Fue Freud quien en su Conferencia³² de 1932 distingue entre la agresión interiorizada y asumida por el superyo por un lado y la pulsión de destrucción libre en el yo y el ello, por el otro. Esta segunda forma parecería que es la que le da un especial mal pronóstico a la R.T.N. y es a lo que yo me restrinjo en mi trabajo. En 1937 en “Análisis terminable e interminable” vuelve a resaltar esa diferencia entre el superyo ligando (necesidad de castigo), y otra fuerza no ligada, libre, que puede operar en cualquier parte del aparato. Podríamos conceptualizarlo de distintas formas pero en todo caso no se trata de huellas o representaciones reprimidas que se actualizan con estructura transferencial. Está mucho más cerca de lo no registrado e inanalizable que parece tentado a actuar como desligazón en presencia de organizaciones más elaboradas, en presencia de Eros, de mejorías analíticas. Por esta razón insisto en diferenciar las R.T.N. de las transferencias negativas, por más intensas que éstas se constituyan. Las transferencias negativas son justamente armados transferenciales y éstos implican por lo menos cierta mezcla pulsional y una direccionalidad al analista que intentará sostenerla función simbólica. Pienso que, en cambio, las R.T.N. graves, alas que me refiero, actúan más como reacciones contra la transferencia, contra la mezcla pulsional y destruyendo la estructura simbólica. Tienen algo en común con las situaciones clínicas que nos presentan los pacientes depresivos con riesgos de

autoeliminación. Cuando ella se actualiza en transferencia y es trabajable de alguna forma, los riesgos de I.A.E son menores. Mientras que si no aparecen como transferencia negativa los riesgos aumentan. Los pacientes con severas patologías somáticas o con accidentes graves repetidos o con núcleos depresivos importantes y/o con una estructura psíquica donde se destaque un importante narcisismo negativo, que se analizan y mejoran y no realizan una intensa transferencia negativa que se pueda trabajar, parecen más propensos a una R.T.N. como la que describo. Pienso que Eros tienta en estos casos a Thanatos y esto sería un indicador posible de inanalizabilidad, al menos, de riesgos importantes del análisis.

5- Finalmente, me referiré brevemente a la preocupación que motivó su texto: los actings sexuales de analistas con sus pacientes. No es una experiencia frecuente, hasta donde yo sé, en nuestro medio. Es cierto que sobre ello podría no hablarse ni escribirse, en especial por mantener la reserva ante situaciones de por sí muy complicadas. He tenido un caso clínico que coincide con las características de paciente y analista que Ud. describe, al que se agregó un accidente. Coincido de que es difícil pensarlo desde el lado de ese analista cuando la experiencia es con el paciente que lo sufrió. No obstante me inclino a pensar que esa tendencia transgresora del analista está siempre pronta a actuarse con cualquier característica de la transferencia que instale el paciente. Pienso que podría ser excesivo vincular todos los motivos que en el analista podrían llevar a hacer fracasar un tratamiento a las RTN. En todo caso, nuevamente, mi preferencia por un concepto de RTN más restringido y específico. Quizás podamos coincidir, al menos, en que nos sorprendemos.

Cordialmente,

Javier García