

Universidad Nacional de La Matanza  
Escuela de Posgrado

**TESIS DE  
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

**LA REACCION TERAPEUTICA NEGATIVA  
AL PSICOANALISIS**

**Autor: Lic. Perla Albaya de Gadea**  
**Director: Pr. Bernard Duez**  
**Codirectora: Dra. Clara Dematine**

Buenos Aires, *diciembre 2012*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I: LA FÓRMULA ORIGINAL DE LA RTN</b> .....	9
I. 1: Primera versión .....	11
I. 2: Procesamiento en la teoría.....	14
I. 3: Modificación de opiniones anteriores .....	16
I. 4: “Los batallones más fuertes” .....	19
I. 5: Legado inconcluso .....	21
I. 6: Recapitulación y problemas.....	23
<b>CAPÍTULO II: NUEVAS VERSIONES DE LA RTN</b> .....	27
II. 1: Los que hicieron Escuela.....	29
II. 2: 1950-1960   El letargo de Fidas Cesio .....	35
II. 3: Décadas doradas (1960-1990) .....	40
Rosenblatt en Chile .....	40
Intento fallido .....	43
La RTN como resistencia “final” .....	48
Jornadas trasandinas .....	50
J-B. Pontalis .....	51
Los Baranger en el campo.....	54
“Borrowed guilt” .....	55
Otto Kernberg .....	57
II. 4: Fin de siglo .....	58
Herbert Rosenfeld .....	58
Los Schenquerman en los '90 .....	61
Owen Renik .....	63
La sombra de Narciso.....	67
Sobre reacciones terapéuticas negativas y positivas .....	70
II. 5: Cambio de milenio.....	73
<b>CAPÍTULO III: REFLEXIONES CONCLUSIVAS</b> .....	73
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	79

# INTRODUCCION

## INTRODUCCIÓN

*“A veces corremos el riesgo de no investigar como analistas sino de servirnos del lenguaje analítico. La terminología puede convertirse en peligro de muerte para una disciplina si no se la emplea únicamente para designar relaciones sino también para servir de pantalla a una insuficiencia de comprensión”.*

Rosenfeld y Schenquerman, 1977

La Reacción Terapéutica Negativa (RTN) fue introducida al vocabulario psicoanalítico por Sigmund Freud en 1923. Esta significativa noción se presenta en *El Yo y el Ello*, texto en el que la propuesta de un nuevo modelo de aparato psíquico sanciona el cambio de legalidad funcional anunciado en el *Más allá del principio de placer*. Inquietante, problemática, controvertida, se la encuentra desde entonces en la literatura y la tradición oral de los psicoanalistas.

Usada para designar fenómenos clínicos que responden (o no) a la fórmula original freudiana, es de mención frecuente la dificultad para definirla más allá de la categoría *resistencia a la curación*, adscripta a construcciones metapsicológicas comunes a la psicopatología y aún a la subjetividad humana en general. Asimismo, ya en el año 1935 Joan Rivière advierte que las puntualizaciones de Freud no son exactamente lo que se recuerda y representa sobre la RTN, generalmente entendida como un estorbo al análisis.

La conceptualización de la RTN se mantiene en estado controversial, llegando a cuestionarse la legítima utilidad de una noción que ha perdido especificidad.

Una hipótesis constituye el punto de partida de esta Tesis: el uso abusivo y difusamente discriminado de la denominación RTN ha producido un deslizamiento de sentido respecto de su connotación original que tiene como consecuencia actual un déficit considerable en su valor:

- nominativo: por la heterogeneidad de fenómenos a la que es aplicada
- descriptivo: porque los acontecimientos así nominados no responden a un patrón común
- explicativo: porque resulta insuficiente para dar razón de los fenómenos a los que refiere, requiriendo ser remitida a otras explicaciones causales

Es intención de esta Tesis aportar algún elemento útil a la controversia planteada. Su objetivo general será mostrar las alteraciones categoriales que se han producido en el término RTN, particularmente el deslizamiento en su valor nominativo, descriptivo y explicativo.

Esta Tesis consiste en una investigación bibliográfica. El criterio de selección de textos es de exclusiva responsabilidad de la autora, y ha sido establecido contemplando tres condiciones:

- 1) publicaciones disponibles
- 2) prestigio y trayectoria del autor reconocido entre pares
- 3) adscripción a diferentes escuelas u orientaciones dentro del psicoanálisis

Los artículos originalmente publicados en inglés y francés han sido traducidos por la autora.

# CAPÍTULO I

## La fórmula original de la RTN

## CAPÍTULO I: LA FÓRMULA ORIGINAL DE LA RTN

### I. 1: Primera versión

*“...ciertos hechos clínicos desde hace mucho tiempo han dejado de ser una novedad, pero todavía aguardan su procesamiento en la teoría.*

*Hay personas que se comportan de manera extrañísima en el trabajo analítico. Si uno les da esperanza y les muestra contento por la marcha del tratamiento, parecen insatisfechas y por regla general su estado empeora. Al comienzo, se lo atribuye a desafío, y al empeño por demostrar su superioridad sobre el médico. Pero después se llega a una concepción más profunda y justa. Uno termina por convencerse no sólo que estas personas no soportan elogio ni reconocimiento alguno, sino que reaccionan de manera trastornada frente a los progresos de la cura. Toda solución parcial, cuya consecuencia debiera ser una mejoría o una suspensión temporal de los síntomas, como de hecho lo es en otras personas, les provoca un refuerzo momentáneo de su padecer; empeoran en el curso del tratamiento, en vez de mejorar. Presentan la llamada **reacción terapéutica negativa**.*

*No hay duda que algo se opone en ellas a la curación, cuya inminencia es temida como un peligro. Se dice que en estas personas no prevalece la voluntad de curación, sino la necesidad de estar enfermas. Analícese esta resistencia de la manera habitual, réstensele la actitud de desafío frente al médico, la fijación a las formas de la ganancia de la enfermedad; persistirá, no obstante, en la mayoría de los casos. Y este obstáculo para el restablecimiento demuestra ser el más poderoso; más que los otros con que ya estamos familiarizados: la inaccesibilidad narcisista, la actitud negativa frente al médico y el aferramiento a la ganancia de la enfermedad.*

*Por último, 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. A este poco consolador esclarecimiento es lícito atenerse en definitiva. Ahora bien, ese sentimiento de culpa es mudo para el enfermo, no le dice que es culpable; él no se siente culpable, sino enfermo. Sólo se exterioriza en una resistencia a la curación, difícil de reducir. Además, resulta particularmente trabajoso convencer al enfermo de que ese es un motivo de su persistencia en la enfermedad; él se atenderá a la explicación más obvia, a saber, que la cura psicoanalítica no es el medio correcto para sanarlo.”* Nota al pie del párrafo precedente: *“No es fácil para el analista luchar contra el obstáculo del*

*sentimiento inconsciente de culpa. De manera directa no se puede hacer nada; e indirectamente, nada más que poner poco a poco en descubierto sus fundamentos reprimidos inconscientemente, con lo cual va mudándose en un sentimiento consciente de culpa. Una particular chance de influir sobre él se tiene cuando ese sentimiento de culpa es prestado, vale decir, el resultado de la identificación con otra persona que antaño fue objeto de una investidura erótica. Esa asunción del sentimiento de culpa es a menudo el único resto, difícil de reconocer, del vínculo amoroso resignado. Es inequívoca la semejanza que esto presenta con el proceso de la melancolía. Si se logra descubrir tras el sentimiento icc de culpa esa antigua investidura de objeto, la tarea terapéutica suele solucionarse brillantemente; de lo contrario, el desenlace de la terapia en modo alguno es seguro. Depende primariamente de la intensidad del sentimiento de culpa; muchas veces la terapia no puede oponerle una fuerza contraria de igual orden de magnitud. Quizá también dependa de que la persona del analista se preste a que el enfermo la ponga en el lugar de su ideal del yo, lo que trae consigo la tentación de desempeñar frente al enfermo el papel de profeta, salvador de almas, redentor. Puesto que las reglas del análisis desechan de manera terminante semejante uso de la personalidad médica, es honesto admitir que aquí tropezamos con una nueva barrera para el efecto del análisis, que no está destinado a imposibilitar las reacciones patológicas, sino a procurar al yo del enfermo la **libertad** de decidir en un sentido o en otro". [S. Freud, 1923].*

Estos párrafos de un escrito canónico en la obra de S. Freud, inaugural del segundo modelo de aparato psíquico, constituyen el punto de partida de la controversia que anima el tema de esta Tesis. Si bien se encuentran antecedentes de la cuestión en escritos previos (*Recuerdo, repetición y elaboración*, 1914 e *Historia de una neurosis infantil*, 1918), la expresión REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA (RTN) aparece por primera vez en un texto indicado por la tradición psicoanalítica como clave de las profundas reformulaciones teóricas subsiguientes. El modo de presentación de la RTN como noción reviste ciertas particularidades:

a) describe un estado de situación en el curso del trabajo analítico que, si bien ya no sorprende por su aparición, resulta inexplicable según la teoría disponible en ese momento.

b) la nominación parece provenir de otro lugar que el texto mismo, sin indicación alguna de esa procedencia: "**Presentan la llamada** [la negrita es mía] *reacción terapéutica negativa*" [S.Freud, 1923]. Este modo de expresión es llamativo, ya que Freud acostumbra enunciar en primera persona del singular o del plural las invenciones lingüísticas de su autoría, o indicar claramente su procedencia.



c) la interpretación del fenómeno descripto es enunciada en los párrafos siguientes de modo impersonal: “**Se dice** [la negrita es mía] *que en estas personas no prevalece la voluntad de curación, sino la necesidad de estar enfermas... se llega* [la negrita es mía] *a la intelección de que se trata de un factor por así decir ‘moral’, de un sentimiento de culpa...*” [op. cit.].

Según el Diccionario de Laplanche y Pontalis: “*la expresión ‘reacción terapéutica negativa’ designa* [la negrita es mía], *por lo menos en la intención de Freud, un fenómeno clínico específico en el cual la resistencia a la curación no puede explicarse por los conceptos habitualmente invocados*”. En acuerdo con estos autores diré que, en su primerísima versión, la expresión **RTN nomina descriptivamente** un fenómeno que, si bien había “*dejado de ser una novedad*” [Freud, op. cit.] en la clínica psicoanalítica, carecía de una denominación específica.

¿Qué “*hechos clínicos*” [Freud, op.cit.] merecen esta denominación? En el texto se mencionan dos:

a) pacientes que se muestran insatisfechos y empeoran cuando el psicoanalista les expresa su satisfacción y esperanza por el curso del tratamiento

b) pacientes que “*reaccionan de manera trastornada frente a los progresos de la cura... empeoran... en vez de mejorar*” [Freud, op.cit.]

¿Cómo se caracterizan, en primera instancia, estos fenómenos? En la experiencia clínica, son una manifestación indudable de la prevalencia (en esas personas) de una necesidad de enfermar sobre la voluntad de curación.

¿Qué explicaciones habituales resultan insuficientes para esclarecer estos hechos? En el texto se enumeran explícitamente: la inaccesibilidad narcisística, la actitud negativa o de desafío frente al médico, las formas de ganancia de la enfermedad. Las maniobras técnicas probadamente eficaces en cualquiera de estas circunstancias resultan inútiles frente a un obstáculo que demuestra ser más poderoso que aquellos, con los que los analistas se encontraban “*familiarizados*”.

¿Cuál es la nueva hipótesis explicativa que se propone para este fenómeno? Se trata de un factor “*moral*”: un sentimiento de culpa mudo, inconciente, de trámite particularmente trabajoso para el psicoanalista con recursos válidos dentro de las reglas del análisis. Peor aún: Freud asevera que “*de manera directa no se puede hacer nada*”, e indirectamente el logro posible será un cambio cualitativo (de inconciente a conciente) del sentimiento en cuestión. En un único caso (cuando el proceso se asemeja a la melancolía) cabe esperar una “*solución brillante*”; en los demás, el desenlace “*en modo alguno es seguro*”. Este “*poco consolador*

*esclarecimiento*” tiene como correlato, en el paciente, la decepción frente a la cura psicoanalítica como “*medio correcto para sanarlo*”.

RTN es el nombre, entonces, del más irreductible obstáculo a los efectos terapéuticos del psicoanálisis. Quizá la expresión fue importada desde la práctica médica (no puedo verificar esta presunción), donde los resultados paradójales forman parte de la experiencia cotidiana. Sea cual fuere su origen, lo cierto es que el establecimiento de esta categoría modifica el universo clínico del psicoanálisis: el destino de esta modificación constituye el objeto de esta Tesis.

## I. 2: Procesamiento en la teoría

En el artículo titulado *El problema económico del masoquismo*, cuya fecha de publicación (1924) data un año después, S. Freud vuelve sobre la cuestión que nos ocupa. Examinemos el texto, en el punto que desarrolla la tercera forma de masoquismo: el masoquismo moral.

*“Fieles a un hábito técnico, nos ocuparemos primero de la forma extrema, indudablemente patológica, de este masoquismo [la negrita es mía]. En otro lugar [una llamada al pie remite a El yo y el ello] he señalado que en el tratamiento analítico nos topamos con pacientes cuyo comportamiento frente a los influjos de la cura nos fuerza a atribuirles un sentimiento de culpa ‘inconciente’. Indiqué ahí aquello por lo cual se reconoce a estas personas (la ‘reacción terapéutica negativa’), y no dejé de consignar que la intensidad de una moción de esta índole significa una de las resistencias más graves y el mayor peligro para el éxito de nuestros propósitos médicos o pedagógicos [la negrita es mía]. La satisfacción de este sentimiento inconciente de culpa es quizá el rubro más fuerte de la ganancia de la enfermedad, compuesta en general por varios de ellos, y el que más contribuye a la resultante de fuerzas que se revuelve contra la curación y no quiere resignar la condición de enfermo; el padecer que la neurosis conlleva es justamente lo que la vuelve valiosa para la tendencia masoquista. También es instructivo enterarse de que, contrariando toda teoría y expectativa, una neurosis que se mostró refractaria a los empeños terapéuticos puede desaparecer si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica. En tales casos, una forma de padecer ha sido relevada por otra, y vemos que únicamente interesa poder retener cierto grado de padecimiento.*

*No es fácil que los pacientes nos crean cuando les señalamos ese sentimiento inconsciente de culpa. Saben demasiado bien de las torturas (remordimiento) en que se exterioriza un sentimiento consciente de culpa, una conciencia de culpa, y por eso no pueden admitir que albergarían en su interior mociones de esa clase sin sentir las para nada. Opino que, en cierta medida, daremos razón al veto de los pacientes si renunciamos a la denominación ‘sentimiento inconsciente de culpa’, por lo demás incorrecta psicológicamente [una llamada al pie indica que no corresponde llamar ‘inconscientes’ a los sentimientos, citando *El yo y el ello*], y en cambio hablamos de una ‘**necesidad de castigo**’ [la negrita es mía], que nos permite recubrir de manera igualmente cabal el estado de cosas observado. Pero no podemos abstenernos de apreciar y localizar este sentimiento inconsciente de culpa según el modelo del sentimiento consciente.*

*Hemos atribuido al superyó la función de la conciencia moral, y reconocido en el sentimiento de culpa la expresión de una tensión entre el yo y el superyó.”*

En este texto la noción RTN ya se encuentra en pleno uso de las propiedades nominativas que le habían sido conferidas por Freud en el precedente: si bien no vuelven a mencionarse hechos clínicos puntuales, se consolida su definición como “*una de las resistencias más graves y el mayor peligro para el éxito de nuestros propósitos médicos o pedagógicos*” [la negrita es mía]. Esta precisión respecto de los propósitos que resultan contrariados por la RTN resulta significativa:

- a) en el primer caso (propósito médico) se alude directamente al compromiso de la cura
- b) respecto del segundo (propósito pedagógico) no se aclara su sentido
- c) tales propósitos, amenazados por la RTN de los pacientes, son **nuestros** (es decir, de Freud)

Si en el texto anterior resultaba llamativa la impersonalidad de la formulación, la lectura de éste no deja dudas: el autor se encuentra intensamente comprometido en los fenómenos de referencia.

La RTN es caracterizada, aquí, como la exteriorización de una “*necesidad de castigo*”. Esta expresión conserva la forma usada en el artículo anterior (“*necesidad de enfermar*”) operando un desplazamiento interesante:

- a) sustituye ‘enfermedad’ por ‘castigo’, estableciéndose una equivalencia válida entre ambos términos, en los casos reconocibles como RTN.

b) sustituye ‘sentimiento inconciente de culpa’ por ‘necesidad de castigo’, salvando la dificultad que presentaba postular un sentimiento inconciente.

La RTN resulta explicada, en este artículo, como “*forma extrema, indudablemente patológica*” del masoquismo moral, cuya “*peligrosidad se debe a que descende de la pulsión de muerte*” [S. Freud, op. cit.], por mediación del superyó.

Un año después de su formulación original, la RTN está incorporada al texto freudiano: se consolida su valor nominativo (grave resistencia [volveré sobre este punto en el apartado siguiente], peligro máximo para los propósitos terapéuticos del psicoanálisis), se ajusta su virtud descriptiva (la necesidad de enfermar por sentimiento inconciente de culpa, amplia y conflictiva en su connotación, es precisada como satisfacción de una necesidad de castigo), y se explica con innovaciones conceptuales (masoquismo moral, pulsión de muerte) que -en buena medida- han sido producidas para el “*procesamiento en la teoría*” [S. Freud, 1923] de los hechos clínicos así nombrados.

### I. 3: Modificación de opiniones anteriores

En ese hito que constituye el artículo *Inhibición, síntoma y angustia* publicado en 1926, Freud escribe:

*“Antes bien, notamos, en una ulterior profundización, que debemos librar combate contra cinco clases de resistencia que provienen de tres lados, a saber: del yo, del ello y del superyó, demostrando ser el yo la fuente de tres formas de ella, diversas por su dinámica. La primera de estas tres resistencias yoicas es la resistencia de represión, ya tratada, y acerca de la cual hay poquísimo de nuevo para decir. De ella se separa la resistencia de transferencia, de naturaleza idéntica, pero que en el análisis crea fenómenos diversos y mucho más nítidos, pues consigue establecer un vínculo con la situación analítica o con la persona del analista y, así, reanimar como si fuera fresca una represión que meramente debía ser recordada. Es también una resistencia yoica, pero de muy diversa naturaleza, la que parte de la ganancia de la enfermedad y se basa en la integración del síntoma en el yo. Corresponde a la renuencia a renunciar a una satisfacción o a un aligeramiento. En cuanto a la cuarta clase de resistencia, la del ello, acabamos de hacerla responsable de la necesidad de reelaboración. La quinta resistencia, la del superyó, discernida en último término y que es la más oscura pero no siempre la más débil, parece brotar de la conciencia de culpa o*

*necesidad de castigo; se opone a todo éxito y, por tanto, también a la curación mediante el análisis*” [la negrita es mía]. Una llamada al pie remite al párrafo de *El yo y el ello* que fue analizado en el punto I. 1.

Si bien no aparece en este texto el nombre RTN, tanto por lo enunciado como por la indicación de su fuente, es legítimo inferir la referencia a dicha noción en el párrafo extractado. De hecho, la caracterización de la RTN como resistencia del superyó goza del mayor consenso entre los psicoanalistas (tal como se verá en la literatura que será considerada en los capítulos siguientes).

Manteniéndose, entonces, las fuentes: conciencia de culpa (que reemplaza al sentimiento inconciente desde el artículo anterior) o necesidad de castigo, homologadas (por lo tanto) en cuanto a su eficacia en este caso puntual, la **RTN** es definida como **una de las cinco resistencias** contra las cuales debe “*librar combate*” el psicoanalista en su trabajo. Ciertamente se advierte sobre su peligrosidad particular al describir que se opone a “*todo éxito*” (¿cuál?, ¿de quién?) y “*por tanto, también a la curación mediante el análisis*”. Esta última aseveración despierta, por lo menos, más de un interrogante: ¿se desprende naturalmente la oposición a la curación en un análisis, de la oposición a todo éxito por parte de un paciente?, ¿no es un éxito para una persona que exhibe las características psíquicas descriptas demostrar que “*la cura psicoanalítica no es el medio correcto para sanarlo*” [*El yo y el ello*, op. cit.]?, ¿es el éxito del paciente o el de la cura analítica -y por lo tanto del psicoanalista que la dirige- lo que resulta jaqueado por la RTN?. Dejemos para un momento posterior de esta Tesis el ensayo de alguna respuesta a estos interrogantes, pero corresponde aquí comenzar a formularlos.

En el artículo que estamos examinando, la RTN se incluye formalmente dentro de una categoría (resistencia) precozmente introducida por Freud, y que ejerció un papel decisivo en la aparición del psicoanálisis. Según Laplanche y Pontalis (*Diccionario de psicoanálisis*): “*Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconciente*”. Dicha inclusión modifica el concepto mismo de resistencia, tal como se expresa en el párrafo que reproducimos al comienzo de este apartado, ampliando sus connotaciones clínica y metapsicológica.

Por inferencia (no aparece nombrada en el texto), entonces, la **RTN** queda establecida en 1926 como **resistencia del superyó**, compartiendo esta localidad con las otras cuatro que se mencionan, y describiendo la oposición de una persona a la curación mediante el análisis, emanada de una conciencia de culpa o necesidad de castigo.

La inclusión formal de la RTN en la categoría “resistencia” no por consensuada deja de ser conflictiva:

a) si bien resuelve el problema que los hechos clínicos así nominados habían planteado a una teoría que se presentaba insuficiente para explicarlos, modificando una categoría preexistente para dar cabida a esta nueva clase (entre otras cuatro)

b) la noción “resistencia” no connota necesariamente un obstáculo irreductible al trabajo del psicoanalista. Más aún: en el inaugural párrafo de *El yo y el ello* con el que comenzamos este capítulo, Freud advierte que el fenómeno clínico en cuestión... resiste el “*análisis de las resistencias al modo habitual*”

Cabe formular algunas preguntas antes de concluir el examen de este texto, tan importante para el destino ulterior de la noción RTN como complicado en sus derivaciones: si la RTN es una resistencia, ¿por qué no puede ser procesada en la cura como las otras clases que conforman esta categoría, cada una con particularidades que justifican su distinción?; si la RTN no puede ser procesada en la cura, constituyéndose en obstáculo insalvable, ¿conviene incluirla dentro de una categoría (resistencia) que nombra y describe fenómenos habituales de la cura psicoanalítica?

#### I. 4: “Los batallones más fuertes”

En el mismo año (1937) Freud publica el artículo más honesto y difícil, en mi opinión, sobre los problemas y los límites de la cura psicoanalítica: *Análisis terminable e interminable*. Como es lógico de suponer, la RTN merece una consideración especial en este texto.

“...hemos pasado a preguntarnos si se puede alcanzar una curación duradera”. A partir de esta reflexión con la que inicia el cap. V, el autor indaga la influencia de la alteración producida en el yo por los mecanismos de defensa sobre los empeños terapéuticos del psicoanalista: “*el hecho decisivo es que los mecanismos de defensa [...] retornan en la cura como resistencias al restablecimiento. Se desemboca en esto: que la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo. [...] Bajo el influjo de las mociones de displacer, que se registran ahora por la reescenificación de los conflictos defensivos, pueden cobrar preeminencia unas transferencias negativas [la negrita es mía] y cancelar por completo la situación analítica. [...] son resistencias no sólo contra el hacer-concientes los contenidos, sino también contra el análisis en general y, por ende, contra la curación. Al efecto que en el*

*interior del yo tiene el defender podemos designarlo 'alteración del yo', siempre que por tal comprendamos la divergencia respecto de un yo normal ficticio [la negrita es mía] que aseguraría al trabajo psicoanalítico una alianza de fidelidad incommovible. Ahora es fácil creer lo que la experiencia cotidiana enseña [la negrita es mía]: tratándose del desenlace de una cura analítica, este depende en lo esencial de la intensidad y profundidad de arraigo de estas resistencias de la alteración del yo. De nuevo nos sale al paso aquí la significatividad del factor cuantitativo, de nuevo somos advertidos de que el análisis puede costear sólo unos volúmenes determinados y limitados de energías, que han de medirse con las fuerzas hostiles. Y es como si efectivamente el triunfo fuera, las más de las veces, para los batallones más fuertes”.*

Como dije al iniciar este apartado, es notable la honestidad de Freud a la hora de pasar revista a los problemas que la clínica del psicoanálisis presenta... cuarenta años después de inaugurada. Nótese que los “extrañísimos” hechos clínicos de 1923 forman parte ahora de “la experiencia cotidiana”, y que el supuesto “yo alterado” de los resistentes a la cura no lo es sino en contraposición a una normalidad ficticia. En este escenario, pasemos a considerar el párrafo central de este artículo, para el tema que nos ocupa:

*“Acaso provengan de una base diversa, más honda aún, las diferencias yoicas a las cuales, en un grupo más amplio de casos, cabe inculpar como fuentes de la resistencia a la cura analítica e impedimentos del éxito terapéutico. Aquí entra en juego lo último que la exploración psicológica es capaz de discernir: la conducta de las dos pulsiones primordiales, su distribución, mezcla y desmezcla, cosas estas que no se deben representar limitadas a una sola provincia del aparato anímico (ello, yo o superyó). Durante el trabajo analítico no hay impresión más fuerte de las resistencias que la de una fuerza que se defiende por todos los medios contra la curación y a toda costa quiere aferrarse a la enfermedad y el padecimiento. A una parte de esa fuerza la hemos individualizado, con acierto sin duda, como conciencia de culpa y necesidad de castigo, y la hemos localizado en la relación del yo con el superyó. Pero se trata sólo de aquella parte que ha sido, por así decir, psíquicamente ligada por el superyó, en virtud de lo cual se tiene noticias de ella; ahora bien: de esa misma fuerza pueden estar operando otros montos, no se sabe dónde, en forma ligada o libre. Si uno se representa en su totalidad el cuadro que componen los fenómenos del masoquismo inmanente de tantas personas, la reacción terapéutica negativa y la conciencia de culpa de los neuróticos, [la negrita es mía] no podrá ya sustentar la creencia de que el acontecer anímico es gobernado exclusivamente por el afán de placer. Estos fenómenos apuntan de manera inequívoca a la*

*presencia en la vida anímica de un poder que, por sus metas, llamamos **pulsión de agresión o destrucción** y derivamos de la pulsión de muerte originaria, propia de la materia animada”.*

El procesamiento teórico de aquellos fenómenos extraños llega, en este artículo, a su expresión más lograda: si la primera clínica freudiana se sostenía en la legalidad psíquica del principio de placer, el cuestionamiento introducido en ella por la aparición de la RTN lleva a la necesidad de una reformulación fundamental en la teoría. La noción RTN ya no se entrecomilla: incorporada al vocabulario del psicoanálisis, conforma (con los otros dos elementos aquí enunciados) un inequívoco observable de la poderosa pulsión de destrucción, derivada de la pulsión de muerte.

Finalizo el análisis de este texto con una observación que adquiere importancia en el desarrollo ulterior de la noción: por primera vez (en el relevamiento que se está llevando a cabo) la RTN nombra “transferencias negativas”. Podrá decirse que la connotación se encontraba implícita en las referencias fenoménicas previas, no obstante lo cual la transferencia no aparecía explícitamente mencionada. La relación RTN – transferencia ocupará buena parte de los siguientes capítulos de esta Tesis.

## **I. 5: Legado inconcluso**

En ese testamento monumental que constituye el *Esquema del psicoanálisis*, escrito por Freud en 1938 y publicado en 1940, no podía faltar una alusión a la RTN. En el cap. VI: La técnica psicoanalítica, luego de pasar revista al papel crucial de la transferencia, Freud se dedica a “*la parte más importante*” de la labor del psicoanalista: el trabajo con las resistencias.

*“Mientras más progrese nuestro trabajo y a mayor profundidad se plasme nuestra intelección de la vida anímica del neurótico, con nitidez tanto mayor se impondrán a nuestro saber otros dos factores que reclaman la máxima atención como fuentes de la resistencia. El enfermo los desconoce por completo a ambos, y no pudieron ser tomados en cuenta cuando concertamos nuestro pacto; además, tampoco tiene por punto de partida el yo del paciente. Se los puede reunir bajo el nombre común de ‘necesidad de estar enfermos o de padecer’, pero son de origen diverso, si bien de naturaleza afín en lo demás. El primero de estos dos factores es el sentimiento de culpa o conciencia de culpa, como se lo llama, pese a que el enfermo no lo registra ni lo discierne. Es, evidentemente, la contribución que presta a la resistencia un superyó que ha devenido muy duro y cruel. El individuo no debe sanar, sino permanecer enfermo, pues no merece nada mejor. Es cierto que esta resistencia no perturba*



*nuestro trabajo intelectual, pero sí lo vuelve ineficaz, y aún suele consentir que nosotros cancelemos una forma del padecer neurótico pero está pronta a sustituirla por otra; llegado el caso, por una enfermedad somática. Por otra parte, esta conciencia de culpa explica también la curación o mejoría de neurosis graves en virtud de infortunios reales, que en ocasiones se ha observado; en efecto, sólo importa que uno se sienta miserable, no interesa de qué modo. Es muy asombrosa, pero también delatora, la resignación sin quejas con que tales personas suelen sobrellevar su duro destino. Para defendernos de esta resistencia, estamos limitados a hacerla conciente y al intento de desmontar poco a poco ese superyó hostil.*

***Menos fácil es demostrar la existencia de la otra*** [la negrita es mía], *para combatir la cual nos vemos con una particular deficiencia. Entre los neuróticos hay personas en quienes, a juzgar por todas sus reacciones, la pulsión de autoconservación ha experimentado ni más ni menos que un tras-torno {Verkehrung}. Parecen no perseguir otra cosa que dañarse y destruirse a sí mismos. Quizá pertenezcan también a este grupo las personas que al fin perpetrar realmente el suicidio. Suponemos que en ellas han sobrevenido vastas desmezclas de pulsión a consecuencia de las cuales se han liberado cantidades hipertróficas de la pulsión de autodestrucción vuelta hacia adentro. Tales pacientes no pueden tolerar ser restablecidos por nuestro tratamiento, lo contrarían por todos los medios. Pero, lo confesamos, este es un caso que todavía no se ha conseguido esclarecer del todo.* [la negrita es mía]

Al final de su obra, Freud nos deja con un interrogante mayor al distinguir en el seno de la ya conocida “*necesidad de estar enfermo o padecer*”: la conciencia de culpa (por más desconocida que resulte para el sujeto neurótico) proveniente de un superyó “*duro y cruel*”, de un trastorno en la pulsión de autoconservación. Demostrar la existencia de este último factor es “*menos fácil*” que el caso primero, y las herramientas de trabajo del psicoanalista se revelan particularmente deficientes a la hora de combatirlo. Esta última hipótesis freudiana para los “*pacientes que no pueden tolerar ser restablecidos por nuestro tratamiento y lo contrarían por todos los medios*” reabre la brecha clínica planteada en 1923 y aparentemente resuelta en 1926 con la teoría de las cinco resistencias: la RTN no resulta siempre explicable, o definible, como resistencia del superyó.

La “*ojeada panorámica*” sobre los resultados del tratamiento psicoanalítico arroja un balance inquietante: “*Por el lado del paciente, actúan con eficacia a favor nuestro algunos factores ajustados a la ratio, como la necesidad de curarse motivada en su padecer y el interés intelectual que hemos podido despertarle hacia las doctrinas y revelaciones del*

*psicoanálisis, pero, con fuerzas mucho más potentes, la transferencia positiva con que se nos solicita. Por otra parte, pugnan contra nosotros la transferencia negativa, la resistencia de represión del yo (vale decir, su displacer de exponerse al difícil trabajo que se le propone), el sentimiento de culpa oriundo de la relación con el superyó y la necesidad de estar enfermo anclada en unas profundas alteraciones de su economía pulsional. De la participación de estos dos últimos factores depende que tildemos de leve o grave a nuestro caso [la negrita es mía] [...] No nos desilusiona, sino que lo hallamos de todo punto concebible, arribar a la conclusión de que el desenlace final de la lucha que hemos emprendido depende de relaciones cuantitativas [...] También aquí Dios está de parte de los batallones más fuertes; es verdad que no siempre triunfamos, pero al menos podemos discernir, la mayoría de las veces, porqué se nos negó la victoria. Quien haya seguido nuestras puntualizaciones sólo por interés terapéutico acaso nos dé la espalda con menosprecio tras esta confesión nuestra. [...] por ahora no poseemos nada mejor que la técnica psicoanalítica, razón por la cual no se debería menospreciarla a pesar de sus limitaciones”.*

La RTN no está explícitamente mencionada en este texto, pero las posibilidades de éxito o fracaso de cualquier tratamiento psicoanalítico quedan sujetas al delicado equilibrio entre factores de naturaleza diversa y grado variable de cognoscibilidad, equilibrio dentro del cual adquieren particular importancia aquellos interpretables como alusión a la RTN.

Las consideraciones finales sobre el “*interés terapéutico*” del psicoanálisis contienen una mención explícita de sus limitaciones y -aún más- de la inacabada explicación para éstas. No se ha logrado cerrar satisfactoriamente la cuestión abierta en 1923: “*ciertos hechos clínicos*”... “*todavía no se ha conseguido esclarecer del todo*” (1938).

## **I. 6: Recapitulación y problemas**

Luego de registrar el recorrido de la noción RTN en la obra escrita de S. Freud a partir de su establecimiento en 1923, se impone la necesidad de recapitular lo actuado en busca de una fórmula que sintetice su connotación original.

Es necesario advertir aquí que dicha tarea demanda un trabajo de construcción: hubimos de rastrear la noción RTN en los escritos donde se encuentra manifiestamente mencionada y en aquellos en los que está implícitamente aludida, y recortar de ellos los párrafos que contienen apreciaciones pertinentes al tema de esta Tesis. Tal selección es de exclusiva responsabilidad de la tesista.

Dos apreciaciones se imponen en primer término:

a) en los textos relevados la RTN no se encuentra mencionada explícitamente con regularidad, aunque sí lo está su connotación en términos de “*el mayor obstáculo para la cura psicoanalítica*”

b) a dicha connotación le es adjudicada una causalidad explicativa que se desplaza desde una indicación inicial (“*sentimiento de culpa - necesidad de castigo*”) hacia una noción metapsicológica (“*resistencia del superyó*”), para culminar en un interrogante que retrotrae la cuestión a un estado cercano a la incertidumbre inicial (“*un trastorno en la pulsión de autoconservación*”, que no se ha logrado esclarecer del todo).

El **alcance nominativo** de la RTN sólo se encuentra precisamente indicado en el texto de 1923 (*El yo y el ello*) que la registra por primera vez, y fue relevado en el apartado I. 1 de este capítulo. Así es denominada una reacción (del paciente) de signo contrario al expectable (para el psicoanalista) frente a dos situaciones distinguibles: una manifestación personal (satisfacción) del psicoanalista respecto del curso del tratamiento; una intervención técnicamente correcta del psicoanalista.

La noción RTN tiene, en ese mismo texto, la **virtud descriptiva** de señalar sustantivamente un estado de empeoramiento clínico del paciente, de carácter paradójico e inesperado para el psicoanalista, que torna incierto el desenlace del tratamiento (en el sentido de su éxito o fracaso).

Esta fórmula original de la RTN tiene el valor de lograr una denominación específica para fenómenos que exceden las categorías clínicas existentes hasta ese momento. **No posee valor explicativo**, más bien exige un “*procesamiento en la teoría*”, es decir: debe ser explicada en términos que configuren una definición de su naturaleza conceptual dentro de la teoría psicoanalítica. En ese mismo texto de 1923 y posteriores (fueron relevados en los apartados precedentes) Freud va presentando una serie de proposiciones tendientes a lograr ese objetivo:

1) la RTN es una resistencia a la curación que exterioriza un sentimiento inconciente de culpa (1923, *El yo y el ello*)

2) la RTN es una de las resistencias más graves y el mayor peligro para el éxito terapéutico, manifestación extrema del masoquismo moral en forma de una necesidad de castigo (1924, *El problema económico del masoquismo*)

3) la RTN es homologada (por igualdad de predicados) a la resistencia del superyó, que parece brotar de la conciencia de culpa o necesidad de castigo, y se opone a la curación mediante el psicoanálisis (1926, *Inhibición, síntoma y angustia*)

4) la RTN compone, con el masoquismo immanente de tantas personas y la conciencia de culpa de los neuróticos, un cuadro que apunta la presencia en la vida anímica de una pulsión de agresión o destrucción (derivada de la originaria pulsión de muerte), haciendo insustentable la premisa del gobierno exclusivo del principio de placer (1937, *Análisis terminable e interminable*)

5) la RTN remite a dos factores que reclaman la máxima atención como fuentes de la resistencia: el sentimiento de culpa (proveniente del superyó), y un trastorno de la pulsión de autoconservación (aún no esclarecido del todo) que produce la máxima intolerancia al tratamiento psicoanalítico contrariándolo por todos los medios (1940, *Esquema del psicoanálisis*)

De las puntuaciones precedentes se desprenden algunos problemas:

a) el **valor nominativo** de la RTN se desliza desde una referencia clínica más o menos precisa (fenómenos inesperadamente negativos en el curso de un tratamiento), hacia una connotación conceptual (resistencia a la curación) abarcativa de amplio espectro fenoménico. El término podría usarse, entonces, tanto para designar un fenómeno singular como el resultado final (adverso) de un tratamiento psicoanalítico

b) al no encontrarse literalmente nombrada la RTN en aquellos textos en los que se interpreta su alusión, cabe preguntarse si la noción se conserva en forma implícita o si debe ser reemplazada por aquellas que toman su lugar en la formulación respectiva (resistencias particularmente rebeldes al trabajo del psicoanalista)

c) las hipótesis causales propuestas para explicar la RTN (entendida, en última instancia, como intolerancia al psicoanálisis) no resultan conclusivas. No se logra, entonces, establecer satisfactoriamente la definición de un término cuya habilitación de uso no ha sido revocada, quedando abierta la posibilidad de predicar de él propiedades diversas.

La formulación freudiana de la RTN admite, por tanto, al menos tres posibilidades connotativas:

- 1) limitar su valor nominativo y descriptivo a la primera versión (1923)
- 2) subsumirla en la categoría "resistencias"

- 3) ampliar su alcance hasta considerarla una figura denominativa del fracaso de un tratamiento psicoanalítico

La búsqueda emprendida arroja un resultado que anuncia el destino ulterior de la noción: no se encuentra en Freud **una** fórmula de la RTN. En última instancia, las consideraciones vertidas finalmente en el *Esquema...* aluden a las limitaciones terapéuticas del psicoanálisis dejando instalada la incertidumbre respecto de sus resultados. Ciertamente es que la práctica iniciada casi 50 años antes había mostrado a su inventor que los supuestos teóricos que la sustentaban requerían reformulaciones no siempre gratas. La RTN sólo resulta sorprendente en el psicoanálisis regido por el principio de placer, y hemos recorrido textos en los que específicamente Freud se ve obligado a reconocer que el universo de la psique humana se muestra ordenado por una legalidad más compleja que la inicialmente supuesta. En este último estado de cosas, el desenlace de un tratamiento psicoanalítico dista mucho de estar garantizado *per-se*: en 1938, un efecto adverso al buscado no desilusiona al Inventor, ni tampoco lo sorprende. Veremos qué sucede con sus discípulos.

## **CAPÍTULO II**

### **Nuevas versiones de la RTN**

## CAPÍTULO II: NUEVAS VERSIONES DE LA RTN

Se emprende en este capítulo el análisis de escritos posteriores a la obra de S. Freud, en busca de los usos y connotaciones de la noción que nos ocupa.

### II. 1: Los que hicieron Escuela

**Melanie Klein** es la primera referencia que se toma en consideración. Sus desarrollos fundaron la corriente de pensamiento dentro del psicoanálisis que genéricamente se denomina “Escuela Inglesa”, y muchos de los autores que serán mencionados en esta Tesis responden a sus postulados particulares. Las coincidencias y disidencias de Klein con la teoría freudiana en general no son objeto de este estudio; sólo se analizará el tratamiento de la RTN en escritos de la propia M. Klein y su discípula Joan Rivière.

De la vasta obra escrita de Klein, se ha seleccionado (para su examen) la mención de la RTN contenida en el II capítulo de “*Envidia y gratitud*”, dedicado al tratamiento de la envidia primaria del pecho de la madre.

*“Esta envidia primitiva es revivida en la situación transferencial. Por ejemplo: el analista acaba de dar una interpretación que alivió al paciente trocando su estado de ánimo de desesperación por esperanza y confianza. Con algunos pacientes, o con un mismo paciente en distintos momentos, esta interpretación útil puede convertirse rápidamente en el objeto de sus críticas destructivas. Ya no es sentida entonces como algo bueno recibido y experimentado como un enriquecimiento. Su crítica puede aferrarse a detalles menores: la interpretación debía haber sido dada antes; fue demasiado larga y ha perturbado las asociaciones del paciente; o fue demasiado corta, y esto implica que él no ha sido suficientemente comprendido. El paciente envidioso escatima al analista el éxito de su trabajo; y si percibe que el analista y la ayuda que éste está dando han sido dañados y desvalorizados por su crítica envidiosa, no lo puede introyectar suficientemente como un objeto bueno ni aceptar con real convicción y assimilar sus interpretaciones. La convicción real, como a menudo vemos en pacientes menos envidiosos, implica gratitud por el don recibido. El paciente envidioso también puede sentir que no es digno de beneficiarse con el análisis, debido a la culpa por su desvalorización de la ayuda recibida.*

*Imútil es decirlo: nuestros pacientes nos critican por una variedad de razones que algunas veces son justificadas. Pero la necesidad que siente un paciente de desvalorizar el trabajo analítico que ha experimentado como útil, es expresión de envidia. En la*

*transferencia descubrimos la raíz de la envidia si las situaciones emocionales que encontramos en estudios tempranos son retrasadas hasta su más primitivo origen. La crítica destructiva es particularmente evidente en pacientes paranoides que se entregan al placer sádico de menospreciar el trabajo del analista, aún cuando les haya reportado algún alivio. En estos pacientes la crítica envidiosa es abierta. En otros puede desempeñar un papel de igual importancia, pero queda sin expresión y hasta puede ser inconciente. A través de mi experiencia, el progreso lento que hacemos en tales casos está conectado asimismo con la envidia. Hallaremos que sus dudas e incertidumbre persisten con respecto al valor del análisis. Lo que ocurre es que el paciente ha disociado su parte envidiosa y hostil y presenta constantemente al analista otros aspectos que le parecen más aceptables. Sin embargo, las partes disociadas influyen esencialmente en el curso del análisis, que finalmente sólo puede ser efectivo si logra la integración y se relaciona con la personalidad total. Otros pacientes tratan de evitar la crítica confundiendo. Esta confusión no sólo es una defensa, sino que también expresa la incertidumbre con respecto a si el analista es todavía una figura buena, o si él y la ayuda que está dando se han vuelto malos debido a la crítica hostil del paciente. Yo remontaría esta incertidumbre hasta las sensaciones de confusión que son una de las consecuencias de la perturbada relación temprana con el pecho materno. El niño que debido a la fuerza de los mecanismos paranoides y esquizoides y al ímpetu de la envidia no puede dividir y mantener separados amor y odio, y por lo tanto al objeto bueno y malo, está expuesto a sentirse confundido con respecto a lo que es bueno y malo en otras conexiones.*

*De manera que, además de los factores señalados por Freud y desarrollados por Joan Rivière, la envidia y la defensa contra ella desempeñan un papel importante en la reacción terapéutica negativa.” [la negrita es mía] [M. Klein, op.cit.]*

La primera observación que cabe al texto precedente es que la RTN se encuentra mencionada en el contexto descriptivo de una situación clínica: nombra específicamente un tipo de reacción del paciente frente a una interpretación del psicoanalista (en coincidencia casi puntual con el párrafo canónico de S. Freud en *El Yo y el Ello*) y describe adversidades posibles en el curso de un tratamiento, adjudicables a su operatoria. Hasta aquí cabría suponer que Melanie Klein ha tomado la noción freudiana respetando la connotación originalmente formulada y haciendo uso de ella para explicar efectos “paradojales” [las comillas son mías] de la práctica del psicoanálisis. Con la perspicacia clínica que la caracteriza, Melanie Klein no confunde cualquier crítica que un paciente dirija a su analista con una genuina RTN; más aún: supone su incidencia en tratamientos que -resultando insatisfactorios- no se caracterizan por la animosidad manifiesta del paciente.



La novedad kleiniana, explicitada al final del párrafo citado, se encuentra en el ámbito de la explicación: la envidia es invocada como factor importante en el desarrollo de la RTN. Esta hipótesis sitúa los fenómenos de reacción terapéutica negativa en el campo estricto de la transferencia generando una versión de la RTN que:

- 1) **conserva el valor nominativo** de la noción freudiana, con la amplitud problemática que fue descrita en el cap. anterior (ap. I.6), ya que en el párrafo precitado se invoca tanto una escena clínica puntual como el curso diacrónico de un análisis
- 2) desplaza la **virtud descriptiva** que le había sido adjudicada por Freud (observables clínicos de carácter paradójal) a la interpretación de tales fenómenos como “la necesidad que siente un paciente de desvalorizar el trabajo analítico que ha experimentado como útil”
- 3) **explica** dichos fenómenos mediante una conceptualización -central en la teoría kleiniana- inoperante respecto de la RTN en la teoría freudiana (la envidia y la defensa contra ella)

En mi opinión, el uso que Melanie Klein hace de la RTN reformula sustancialmente la versión original de S. Freud, tanto en el sentido descriptivo que le atribuye, como en la explicación definitoria que le predica. Si bien la noción conserva tanto la expresión literal como la referencia fenoménica amplia ya mencionada, **para Klein la RTN es “envidia primaria revivida en la situación transferencial”**.

**Joan Rivière**, en su artículo “*Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa*”, leído en la British Psycho-Analytical Society el 1º de octubre de 1935, observa (¡ya entonces!) que es necesario definir qué es lo que la denominación significa, ya que las puntualizaciones de Freud no son exactamente lo que se recuerda y representa (en 1935) sobre la RTN. Dice Rivière que la noción es usada con gran frecuencia como equivalente de “*no analizable*”. Tomando como referencia el mismo párrafo de “*El Yo y el Ello*” que hemos analizado detalladamente en el cap. I de esta Tesis, la autora afirma que en el texto freudiano “*claramente se advierte que esto [la RTN] es sólo una cuestión de grado*” [la negrita es mía], y que la noción no es muy específica ya que podría describir tanto una reacción momentánea como los casos considerados inaccesibles al análisis. Cuestionando con firmeza la equivalencia RTN – inanalizabilidad, emprende la elucidación metapsicológica de las dificultades que presenta la clínica de las “*neurosis de carácter difíciles*”, concluyendo que “*cuando las resistencias narcisísticas son muy pronunciadas [la negrita es mía] constituyen un sistema de defensa contra un estado depresivo*”. Los pacientes incluidos en esta categoría

se resisten a hacer conciente su inconciente... como todos los pacientes y como todos nosotros, se apresura a aclarar J.R., completando su aseveración al decir que *“estos pacientes (los neuróticos narcisistas difíciles) lo hacen más que los otros”*. La explicación metapsicológica invocada es: *“la posición depresiva es relativamente más fuerte en ellos”*. Rivière termina su artículo distribuyendo responsabilidades entre paciente y analista a la hora de justificar el fracaso en el intento de vencer el obstáculo que representa la RTN en la cura: *“Una transferencia falsa y traicionera... es un golpe tan grande para nuestro narcisismo... [...] ...la falsedad del paciente a menudo se encuentra con nuestra negativa y permanece desconocida y no analizada por nosotros, ya que si no la vemos, no la analizaremos”*.

Confrontando este artículo con la versión que Melanie Klein presenta en *“Envidia y gratitud”*, se advierten diferencias sustanciales en la significación atribuida a la noción que estamos analizando. En retorno a Freud, Joan Rivière conserva la connotación de la RTN como **resistencia** subrayando:

- 1) la **cuestión de grado**, es decir un factor cuantitativo
- 2) el **compromiso narcisista**, es decir un factor cualitativo
- 3) la **responsabilidad del analista**

**Jacques Lacan** introdujo una perspectiva inédita en el psicoanálisis clásico.

Promediando el siglo XX propuso innovaciones en la teoría y la práctica que motivaron su exclusión de la IPA. La *“Orientación Lacaniana”* constituye desde entonces una poderosa corriente discursiva en psicoanálisis.

La RTN se encuentra escasamente mencionada como tal en las publicaciones de J. Lacan. Elijo analizar, en esta Tesis, el empleo que de esta noción se hace en un Escrito de 1948: *“La agresividad en psicoanálisis”*. En este texto Lacan propone cinco tesis destinadas a formalizar un concepto de la agresividad que pueda aspirar a un uso científico. El punto de partida de este intento es la caracterización del instinto de muerte freudiano como la aporía que se encuentra en el corazón de la noción de agresividad. Es en el desarrollo de la tesis III *Los resortes de la agresividad deciden de las razones que motivan la técnica del análisis*, donde se encuentra una mención de la RTN.

Luego de refrescar las virtudes añadidas por Freud al diálogo socrático, bajo la doble forma de la asociación libre (del lado del analizante) y la abstinencia (del lado del analista), Lacan justifica la actitud del analista en la preocupación por evitar una emboscada escondida en la demanda terapéutica. *“Lo que aparece aquí como reivindicación orgullosa del sufrimiento mostrará su rostro –y a veces en un momento bastante decisivo para entrar en*

*esa 'reacción terapéutica negativa' que retuvo la atención de Freud- bajo la forma de esa **resistencia del amor propio**, para tomar este término en toda la profundidad que le dio La Rochefoucauld y que a menudo se confiesa así: 'No puedo aceptar el pensamiento de ser liberado por otro que por mí mismo' [...] Debemos poner en juego la agresividad del sujeto para con nosotros, puesto que esas intenciones, ya se sabe, forman la **transferencia negativa** que es nudo inaugural del drama analítico" . [la negrita es mía]*

Luego de afirmar que “el más azaroso pretexto basta para provocar la intención agresiva” del analizante, Lacan hace una recomendación a los analistas: “Lo que tratamos de evitar para nuestra técnica es que la intención agresiva en el paciente encuentre el apoyo de una idea actual de nuestra persona”.

El apartado concluye con una descripción inquietante: “Imagínese, para comprendernos, lo que sucedería en un paciente que viese en su analista una réplica exacta de sí mismo. Todo el mundo siente que el exceso de tensión agresiva constituiría tal obstáculo a la manifestación de la transferencia que su efecto útil sólo podría producirse con la mayor lentitud y es lo que sucede en ciertos análisis de finalidad didáctica. Si la imaginamos, en caso extremo, vivida según el modo de extrañeza, propio de las aprehensiones del doble, esa situación desencadenaría una angustia incontrolable”.

Lacan cita la expresión “reacción terapéutica negativa” para hablar de la función que cumple la **resistencia del amor propio** en la cura analítica, articulada en la **transferencia negativa** conformada por la **intención agresiva** del analizante. La RTN no está tratada ni desarrollada como noción conceptual. Su mención se enmarca en el “retorno a Freud” que se propone en el momento de producción del texto conservando algún sentido de la versión original: nomina una **resistencia**, describe una **situación clínica en transferencia**. Sin embargo, es necesario decir que, a diferencia de Freud, Lacan explica la RTN apelando a la teoría del **narcisismo** (¿qué otra referencia teórica cabe dar a la “resistencia del amor propio” mencionada?).

La cita elegida no agota los desarrollos posteriores que Lacan expuso en el Seminario y los Escritos a lo largo de 30 años. La elección de este texto inicial se sustenta en la mención explícita del significante RTN, objeto de esta investigación.

**Horacio Etchegoyen** es, por muchas razones, una figura emblemática del psicoanálisis argentino. En publicación conjunta con Gregorio Klimovsky [*Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, 1986], estudia las vicisitudes del proceso analítico distinguiendo factores que lo impulsan (insight y elaboración) y otros que lo obstaculizan (acting out,

reacción terapéutica negativa y reversión de la perspectiva). Estos tres últimos son clasificados por los autores como **conceptos técnicos**: *configuran una clase de fenómenos que forman un conjunto complejo de respuestas a las que conviene el nombre de "estrategias del yo" en cuanto son mucho más complicadas que las tácticas o técnicas defensivas* [op. cit.]. La operatoria de la RTN debe ser diagnosticada cuidadosamente para evitar confundirla con otros fenómenos, y a este fin Etchegoyen sugiere tres indicadores clínicos: críticas del analizante a una interpretación del analista, confusión del analizante luego de una interpretación del analista, falta de convicción del analizante frente a una interpretación del analista. Es claro que, para Etchegoyen, la RTN nomina un fenómeno que se produce puntualmente en el momento posterior a la formulación de una interpretación del analista en el curso de una sesión analítica. Releyendo a Karen Horney (y recomendando su relectura) [*The problem of the negative therapeutic reaction*, 1936], Etchegoyen subraya el **carácter paradójico** del fenómeno en estudio y precisa que no debe confundirse la RTN con cualquier retroceso en la cura psicoanalítica ya que cuando lo hacemos *el concepto se diluye y se olvida la clara postulación freudiana* [op. cit.]. También advierte H. Etchegoyen sobre la tendencia a superponer la transferencia negativa y la RTN, aclarando que la primera es una táctica defensiva del yo, en tanto que la segunda es una estrategia cuya finalidad ulterior es impedir el curso del proceso analítico: *no hay duda que detrás de la reacción terapéutica negativa hay siempre una transferencia negativa; también es cierto que hay mucho más que eso* [op. cit.]. Citando a Limentani [*"Restoration of health is only the incubation of another malady"*, 1981], H. Etchegoyen afirma que *sin dejar de lado que la RTN indica que algo anda mal en la situación analítica, es innegable también que se trata de un síndrome complejo* [la negrita es mía] *de múltiples causas entre las que cabe mencionar el sentimiento de culpa, la necesidad de castigo, el narcisismo, la depresión, la rivalidad y la envidia, el instinto de muerte, la tendencia agresiva a la fusión simbiótica con la madre absorbente, etc.* [op. cit.]. En fin: si bien Etchegoyen acuerda (y recomienda hacerlo) con la formulación freudiana de 1923 en la cual *la reacción terapéutica negativa se nos presenta como uno de los azares del tratamiento analítico que se caracteriza por una respuesta paradójica en la que el analizado empeora cuando tendría que mejorar (y después de haber mejorado)* [op. cit.], complejiza la noción invocando una serie abierta de factores intervinientes en la que se reconoce la producción teórica de los psicoanalistas posfreudianos. Quiero destacar una reflexión interesante con la que este verdadero político del psicoanálisis matiza la contemporizadora puntuación de la RTN: **utilizar con demasiada generosidad este concepto conlleva el peligro de reforzar nuestra omnipotencia.**

## II. 2: 1950-1960

### El letargo de Fidias Cesio

**Fidias Cesio** es el psicoanalista argentino que, en la década 1950-1960, dedicó una producción considerable al tratamiento del tema que nos ocupa realizando una contribución que se inscribe dentro de la orientación kleiniana del psicoanálisis. Sus observaciones clínicas en pacientes que – en su opinión – presentaban una intensa RTN le permitieron afirmar la existencia de una estructura particular en lo inconciente de estas personas: el “**letargo**”, un estado de muerte aparente en su mundo interno. Esta es su contribución central al estudio de la RTN: *“la presencia de ‘objetos aletargados’ en el inconciente de los pacientes y una actividad del yo tendiente a inducir y mantener la parálisis de estos objetos”* [Cesio, 1960]. En el “objeto aletargado” está contenido el núcleo psicótico de la personalidad (descrito por Bion) y su proyección sobre el analista provoca pesadez, aburrimiento, distracción. En el análisis no ocurre nada. Cesio recomienda, en estos casos, *la interpretación más completa posible del material de la sesión, que permita salir lo más pronto posible de esa zona peligrosa, y también enfocar al letargo directamente con las interpretaciones* [Cesio, 1974].

Examinemos ahora los testimonios clínicos de Cesio, para cernir los fenómenos a los que aplica la noción RTN:

Caso 1 (1956). Una mujer de 33 años consulta por depresión y síntomas somáticos (pérdida del olfato por una oca y fiebre constante y expectoración por bronquiectasias, ambas a consecuencia de un proceso inflamatorio en las vías respiratorias desarrollado en la pubertad; ptosis renal que le provocaba dolorosos ataques). Europea de origen, hija y nieta de suicidas (padre y abuelo paterno, ambos diagnosticados paranoicos) llega a Argentina a los 10 años, traída por su madre escapando de persecuciones raciales. Duerme abrazada a su madre hasta los 17 años. Se dedica al arte, destacándose en literatura. Se ha hecho practicar dos abortos (26 y 32 años); después de este último cae en una profunda depresión que persiste y motiva la solicitud de tratamiento. Cesio anota que esta mujer venía buscando tan sólo un apoyo, ya que no creía en la posibilidad de una cura. El relato clínico destaca las quejas hipocondríacas, la profunda depresión, el frío mortal que se apoderaba de ella en sesión y (muchas veces) un letargo que terminaba en sueño profundo. Hablaba de tal manera que parecía estar siempre ajena a la realidad. Todo este cuadro era inaccesible a las intervenciones de Cesio, que chocaban siempre con la total indiferencia de su paciente. Al cuarto año de tratamiento, la mujer entra en una fase hipomaníaca durante la cual decide tener un hijo y se

embaraza. Se produce un cambio notable en su vida: el embarazo y futuro hijo ocupan toda su atención, arregla su casa, retoma su actividad literaria. La paciente atribuye estos cambios a su análisis. En el quinto mes de gestación debe guardar reposo absoluto por indicación médica y comunica a su analista que, por esta razón, deberá interrumpir el tratamiento. Cesio escribe: *¿Debía suspenderle el tratamiento según sus deseos, o debía oponerme intransigentemente, aunque ello tuviera por consecuencia la interrupción del embarazo?* [la negrita es mía] *Me decidí por esta última alternativa. Le mostré cómo las razones que aducía para suspender el análisis eran racionalizaciones, que el embarazo era una forma de rechazar lo que el análisis pudiese darle, y le recalqué el carácter de "acting out" que tenía su situación. Como de costumbre, mis interpretaciones chocaron contra una indiferencia total.* El tratamiento continuó. En el séptimo mes de embarazo la paciente sufre un grave ataque de eclampsia, le es practicada una cesárea, el niño vive y ella muere unas horas después. Cesio explica este caso invocando la RTN en toda su extensión conceptual: el análisis es buscado no como cura sino para eludir la desintegración o la muerte, la movilización de los objetos del inconciente es absolutamente resistida. *La impresión que me produjo la paciente de que tenía un "destino" que cumplir, es una característica que he encontrado en los enfermos con una marcada reacción terapéutica negativa,* concluye F. Cesio.

Caso 2 (1960). El enfermo presentaba la caracterología de los casos en los que se presenta la RTN: el componente narcisista predominaba en su personalidad, no asociaba libremente, presentaba una transferencia muy especial e intensa de una índole que podía pensarse inexistente, el letargo apareció como componente fundamental de su enfermedad. Tenía 30 años al iniciar tratamiento con Cesio. Era Doctor en Ciencias Económicas. Mostraba una actitud displicente y altanera, y se había creado un sistema místico inexpugnable. Vivía aletargado, envuelto en un ambiente soporífero, ocupado con actividades en las que él íntimamente no participaba. Desde la primera entrevista manifestó el escepticismo más absoluto acerca del resultado del tratamiento. Con movimientos que parecían automáticos se recostaba en el diván adoptando posturas forzadas, quedaba largos ratos en silencio, frecuentemente se amodorraba y emitía sonidos parecidos a vocalizaciones hasta que se aletargaba. Cesio consigna: *mis intentos de interpretar estas actitudes chocaban con su indiferencia –nunca había tenido un paciente que me ignorara tan absolutamente –, cuando yo hablaba no me escuchaba y bostezaba ruidosamente, obligándome a callar. Si yo insistía, entraba en un sopor que terminaba en el letargo.* Durante el primer año de tratamiento el paciente no podía asociar libremente y el único material verbal que permitía acceder a su inconciente eran sus sueños, relatados en un clima oniroide: pesadillas animadas por Dios y el

diablo. En una sesión, tratando de romper el clima paralizante, Cesio le pide a su paciente que se dé vuelta y lo mire. El paciente, inmóvil, responde que hacer eso sería *mirar algo monstruoso a lo que temo cuando duermo ...la personalidad siniestra que uno tendría reprimida ...la esencia del mal*. Cuando había transcurrido un año de análisis, habiendo experimentado alguna mejoría, tuvo un sueño en el que estaba condenado a muerte y faltaban tres días para su ejecución. Transcurridos tres años más de tratamiento, durante los cuales la modificación más llamativa en el estado del paciente fue la aparición de cadáveres en sus sueños, sufrió un accidente gravísimo: fue atropellado en la calle por un automóvil y tuvo una fractura de cráneo. Estuvo en coma, desahuciado, por unos días, y luego fue recuperándose lentamente durante una convalecencia que duró meses. El análisis prosiguió en su casa, donde vivía con sus padres: fríos e indiferentes, llevaban una intensa vida social y nunca estaban presentes cuando Cesio (al que llamaban “el loco”) llegaba para atender a su paciente. La relación transferencial tuvo un vuelco sustancial: el análisis se convirtió en una fuente de vida para el accidentado, que se sentía muy unido –ahora- a su analista. El material onírico se modificó cualitativamente, apareciendo contenidos francamente edípicos. Un tiempo después, el paciente inicia una relación afectiva y sexual con una mujer que recientemente ha perdido a su padre, muerto en un accidente. Cesio concluye el relato de este *caso de RTN* interpretando que el paciente proyectó sobre su analista, de inicio, el objeto aletargado de su inconciente. Su reacción negativa ante sus interpretaciones tenía el sentido de una defensa ante el peligro que implicaba la irrupción de esos contenidos en su Yo. Posteriormente al accidente (interpretado como una caída en cascada del instinto de muerte sobre el Yo), el paciente desarrolló una identificación con los aspectos positivos del padre. *Habíamos logrado superar la reacción terapéutica negativa*, es la frase final de este relato.

Caso 3 (1960). Un hombre proveniente de una familia muy pobre llega al tratamiento psicoanalítico impulsado por su esposa. En el hogar se sentía torpe e incapaz frente a la mujer, a quien consideraba un ser excepcional. Vivía atontado, amodorrado. Durante dos años, el letargo ocupó sus sesiones y toda posibilidad de progreso estuvo detenida. Paulatinamente comenzó a movilizarse y pasó a un estado de excitación maníaca: empezó a sentir miedo a la locura y sufrió una fractura de base de cráneo en un accidente de tránsito que casi le cuesta la vida (fue atropellado en la calle por un automóvil).

Caso 4 (1960). Un hombre de 30 años consulta porque a duras penas podía mantenerse trabajando y adaptado socialmente. Sus sesiones eran una tortura para Cesio por el clima terriblemente aletargante en el que transcurrían; cuando lograba vencer la modorra que el paciente le inducía y dar una buena interpretación, el paciente parecía desintegrarse. Después

de tres años de tratamiento disminuyó la intensidad del letargo y proporcionalmente aumentaron la ansiedad e inquietud. Un día, imprevistamente, F. Cesio se entera que los familiares han internado a su paciente, y pocos meses después tiene noticias de que ha vuelto al estado anterior al tratamiento.

Cesio, ¿a qué llama RTN?, ¿al “letargo”, que es el común denominador de estos casos?, ¿o a los fenómenos que intenta explicar mediante la hipótesis del “letargo”?

Cesio, ¿a qué llama “letargo”? En el caso 1, la paciente entra muchas veces en una somnolencia que termina en sueño profundo, siempre en sesión. En el caso 2, el paciente en sesión se amodorra o entra en sopor hasta caer en letargo; en su vida privada, ese hombre vive envuelto en un ambiente soporífero. En el caso 3, se trata de un hombre que vive atontado, amodorrado; el letargo ocupa sus sesiones durante dos años de tratamiento. En el caso 4, el letargo es la tortura de Cesio, que se amodorra en el clima aletargante en el que transcurren las sesiones con el paciente. En los cuatro casos, pacientes y analista se duermen en sesión, más o menos frecuentemente, más o menos profundamente. “Letargo” es, entonces, tanto el fenómeno de adormecimiento del sujeto (paciente o analista, dentro o fuera de sesión), como su interpretación. ¿Cabe aplicar al “letargo”, tal como está presentado en los cuatro casos, la noción RTN? Si nos atenemos estrictamente a su versión original, la pertinencia es -por lo menos- controversial. El “letargo” como fenómeno en transferencia dista de resultar disruptivo o paradójico en los tratamientos relatados: es la puesta en acto en sesión de la posición subjetiva de cada uno de los sujetos implicados.

Si consideramos ahora los fenómenos que -interpretados por Cesio como otras tantas manifestaciones de los “objetos aletargados” inconcientes y las correspondientes estrategias yoicas- aplicarían a la nominación RTN, encontramos un espectro amplio y variable en los cuatro casos presentados: desde el escepticismo respecto de la cura posible (manifiesto en los casos 1 y 2), hasta la muerte del caso 1 y la fractura de cráneo por idéntico accidente de tránsito en la vía pública de los casos 2 y 3, pasando por la indiferencia manifiesta a las intervenciones del analista en los casos 1 y 2, el efecto desintegrante de una buena interpretación y una internación psiquiátrica con remisión del progreso logrado en tratamiento en el caso 4. He usado el modo condicional (“fenómenos que aplicarían a la nominación RTN”) porque no está claramente expresada en los textos de Cesio la referencia fenoménica de la noción. El caso 1 se explica invocando a la RTN en toda su extensión, es decir: el tratamiento en sí constituye para Cesio un caso ejemplar de RTN. En el caso 2, el cambio de cualidad transferencial merece la observación de *haberse superado la RTN* que campeaba en



el período del tratamiento anterior a la fractura de cráneo, aunque no quedan explícitos sus indicadores clínicos, salvo en la frase inicial del escrito en la que se dice que el paciente presentaba *la caracterología de los casos en los que se presenta la RTN*. En el caso 3, toda posibilidad de progreso en el tratamiento estuvo detenida (¿debería aplicarse a este fenómeno la nominación RTN?) hasta el estado de excitación maníaca que culmina en el cráneo fracturado del paciente. En el caso 4 Cesio se duerme, aletargado por el letargo de su paciente; cuando logra despertarse para dar *una buena interpretación*, el paciente *parece desintegrarse*; ¿son la modorra del analista y la *desintegración* del paciente los fenómenos nominados RTN, o lo es la internación del paciente y su *retroceso* al estado anterior al aumento de ansiedad e inquietud producidos en el tratamiento? Los casos 3 y 4 no contienen una referencia fenoménica precisa para la noción RTN, pero comparten con los otros dos la observación del modo particular de reacción del paciente frente a las intervenciones del analista: indiferencia, ignorancia casi absoluta, sopor, *desintegración* (no está delimitado el alcance de este término).

Tal vez deberíamos entender que Cesio aplica la nominación RTN a estos casos en vista del final trágico (excepto en el caso 2) de los tratamientos relatados, todos transcurridos en una extensión de tiempo entre 3 y 4 años. Considerando que dos de los casos manifiestan de inicio descreer en la posible cura analítica para ellos y que un tercero acude demandado por su esposa, mientras que el cuarto se encuentra al borde del colapso psíquico, ¿corresponde aplicar a esta clínica la noción RTN?

Cesio asocia indisolublemente la RTN con su *letargo* para explicar, en general, tratamientos de curso muy difícil y final catastrófico (salvo en el caso 2, que sobrevivió milagrosamente). Opera, entonces, un manifiesto desplazamiento de la noción respecto de su connotación original.

En su artículo de 1974, su legado psicoanalítico, Cesio define al *letargo* en contratransferencia como *la enfermedad profesional del psicoanalista*: el letargo del psicoanalista, inducido por el paciente, provoca la *reacción terapéutica negativa* que explica la evolución tórpida del tratamiento en curso. Fidias Cesio se dormía en sesión con pacientes como los presentados en los casos 1, 2, 3 y 4.

## II. 3: Décadas doradas (1960-1990)

### Rosenblatt en Chile

**Enrique Rosenblatt** publica en la Revista de Psicoanálisis de Buenos Aires (1966) su artículo *La reacción terapéutica negativa*. Citando a Freud, Joan Rivière y Fairbairn (*el narcisismo es la fuente responsable más importante de la reacción terapéutica negativa*), este psicoanalista afirma: *No es imposible que en los comienzos del análisis se haya pensado que la reacción terapéutica negativa se da en muy pocos casos. Sin embargo la experiencia clínica demostró que este tipo de reacción paradójal ante la labor interpretativa [la negrita es mía] se presenta en muchos de los casos de neurosis, por no decir en todos.* Asimismo, Rosenblatt estima que se ha confundido la noción RTN con las características propias de personalidades narcisistas que, sencillamente, no reaccionan con el psicoanálisis. Considera dos motivos para la emergencia de una RTN: un impulso desafiante dirigido al analista y una envidia destructora, ambos localizados en el analizante.

Veamos la clínica que se presenta:

Caso 1: una adolescente que tiene grandes dificultades para hablar, se da cuenta que tiene que colaborar con el analista comunicándose verbalmente pero dice que no puede hacerlo, que no sabe de qué hablar. R. interpreta que, en el fondo, no quiere hablar porque esto sería equivalente a un contacto cariñoso con el analista y para ella la introyección significa avidez destructora, además la paciente envidia por tener que pedir ya que reconoce que si quiere algo no puede solicitarlo. La envidia la empuja a esterilizar los esfuerzos del terapeuta. El clima transferencial no cambia pese a las abundantes interpretaciones que se formulan.

Caso 2: a un hombre joven, soltero, profesional, se le interpreta que rechaza la ayuda que le proporciona el analista porque lo humilla y le provoca envidia. El paciente reconoce que es así pero no está dispuesto a ceder en su actitud desdeñosa y rechazante. Ante interpretaciones adecuadas al material, es frecuente que exclame: “muy bonito, pero no son más que alucinaciones tuyas”. En sesión, el paciente hace ver que está muy mal y a punto de ser despedido de su trabajo, *esgrimiendo una andanada de quejas para apocar y humillar al analista*: se siente envejecido, con la piel flácida, pobre, mal vestido, condenado al fracaso, etc. *Es evidente el deseo del paciente de desvalorizar al analista por la envidia que le tiene.*

Caso 3: una muchacha a quien se le ha interpretado el significado de su actitud pasiva y el temor a destruir por avidez, se ha sentido muy contenta y gratificada porque su analista la ha comprendido tan bien. Con posterioridad, se atreve -con timidez- a esbozar algunas quejas

hipocondríacas por primera vez luego de dos años de tratamiento: tiene dolores en distintas partes del cuerpo, que últimamente se han acrecentado, imagina que podría ser cáncer agregando que todo su cuerpo está intoxicado con nicotina.

Caso 4: Carlos atraviesa un período muy difícil de su vida, con serios problemas afectivos y laborales. Según R., este momento sería catastrófico para C. si no estuviera en análisis, no obstante lo cual el paciente se lamenta sintiéndose deprimido y sin fuerzas, negando la sensación de triunfo ante el éxito relativo que el análisis le posibilita ya que siente que las interpretaciones son ineficaces y no sirven para nada amenazando con abandonar el tratamiento. Cuando dice que tiene un montón de problemas, el analista le pregunta cuáles son y el analizante habla de cuestiones que a ese momento no había mencionado ya que íntimamente esperaba no tener que hacerlo pues le resultan vergonzantes.

Caso 5: una paciente, después de recibir una interpretación correcta, presenta un dolor de cabeza muy intenso que dura varios días. Dice que había admirado la interpretación del analista, quien interpreta el dolor de cabeza como un ataque envidioso al pecho-pene creador del analista introyectado.

Caso 6: una muchacha joven, soltera, después de dos meses de tratamiento dice que está peor que nunca y sus conflictos han aumentado. Se pelea con su madre, con su hermano, con su novio...y con el analista, a quien le reprocha "hacer el misterioso". *La envidia es muy intensa, provocando la desvalorización despectiva del terapeuta.*

Analicemos ahora la aplicación de la noción RTN que Rosenblatt realiza en cada caso:

En el caso 1 la RTN se aplica a una particularidad clínica y psicopatológica que condiciona el dispositivo analítico tradicional. Resulta muy opinable el uso de la noción RTN en este caso, y aún aceptando su aplicación debe considerarse un considerable desplazamiento del sentido original.

El caso 2 parece ilustrar la confusión entre RTN y personalidades narcisistas en análisis sobre la que el mismo Rosenblatt advierte en este mismo artículo. "Un tratamiento en RTN permanente" sería el nombre adecuado para este caso, quedando entonces muy cuestionada la aplicación de la noción que nos ocupa.

El caso 3 merece un comentario especial: si bien fenoméricamente se hace una aplicación correcta de la RTN, cabe preguntarse por la corrección o conveniencia de la praxis que la provoca. Las "quejas hipocondríacas" de la paciente encienden un aviso psicopatológico que reclama un diagnóstico necesario a la hora de intervenir psicoanalíticamente sobre un sujeto en posición de paciente.

En el caso 4, la supuesta RTN del paciente a las interpretaciones del analista (que contradicen el juicio de realidad) provoca una intervención no interpretativa de éste, que inaugura veramente el análisis: simplemente, R. le pregunta a Carlos qué problemas tiene. Como varios dijeron antes y otros tantos dirán después, sólo se trata de dejar hablar al Sujeto, escucharlo, leerlo...

El caso 5 invita a revisitar la más elemental teoría freudiana sobre el síntoma conversivo. Salvo que se aplique la noción RTN a cualquier nuevo fenómeno displacentero que aparezca en transferencia, su uso no resulta pertinente en este caso.

El caso 6 remite rápidamente a la cuestión diagnóstica (que no se menciona) y la viabilidad de ese tratamiento psicoanalítico.

Rosenblatt aplica la noción RTN desplazando notablemente su sentido original, salvo en un punto que es necesario subrayar: siempre la remite a la actividad de interpretación del analista. **La interpretación es el motivo de la reacción terapéutica negativa.**

### **Intento fallido**

**David Rosenfeld y Carlos Schenquerman** escriben el artículo *Fracasos en el tratamiento psicoanalítico. La reacción terapéutica negativa: guía clínica y técnica* publicado en 1977 en la Revista de Psicoanálisis. En la introducción manifiestan que el artículo intenta articular distintos niveles de hipótesis, afirmando **que el concepto de reacción terapéutica negativa o resistencia del superyó corresponde a la técnica** [la negrita es mía] pero incluye un nivel metapsicológico y también hipótesis psicopatológicas y clínicas. El artículo está presentado en tres partes: orientación general, definición y clasificación, y comentarios bibliográficos. Se examinarán aquí sólo los dos primeros apartados, ya que el tercero coincide con análisis de texto ya emprendidos o a emprenderse en esta Tesis.

En el primer apartado, los autores establecen las condiciones necesarias para un buen proceso terapéutico: *es indispensable que el paciente llegue a asignarle a su síntoma un valor que coincida con el significado que le dé el médico*. Cada paciente trae a la consulta psicoanalítica una fantasía de curación que no siempre es concordante con el criterio de curación del terapeuta. Esta disidencia básica puede corregirse en el mejor de los casos, mediante el logro de una transacción entre ambas posiciones; en el peor, el malentendido persiste hasta la terminación del tratamiento. Este segundo caso, muy frecuente en la clínica, corresponde a los “inalizables” y de “no curación”: seudotratamientos caracterizados por lo que Rosenfeld y Schenquerman llaman RTN silenciosas. La RTN es una **definición del campo clínico desde el terapeuta** [la negrita es mía], y los autores pretenden dar una guía

para que pueda definirse claramente qué es y qué no es RTN, ya que lo definido hasta el momento (1977), con mucha generalidad, puede ser entendido de otra manera, por ej. como un problema transitorio en el tratamiento de cierta clase de pacientes. Ellos quieren salir de la descripción formal y mostrar que hay una definición particular de RTN para cada paciente y modelo psicopatológico. Enfatizan la necesidad de detectar la específica fantasía de curación de cada paciente, la “fantasía patológica de curación”, que es una fantasía de mantenimiento de la enfermedad que posee características comunes (mantenimiento de la rigidez, de las disociaciones, exagerada identificación proyectiva, restitución narcisista, poca combinación de estilos de comunicación). *El terapeuta tiene que acercarse al criterio correcto de curación, específico para cada paciente, y detectar la fantasía patológica de curación para no ser envuelto por ella.*

Los autores inician el apartado siguiente, que subtitulan “Definición y clasificación”, afirmando que una única definición no abarca el amplio espectro de las múltiples modalidades clínicas de RTN, pese a lo cual deciden definir con criterio abarcativo a la RTN como **detención del proceso analítico** cuyas formas particulares estarán dadas por la especificidad de cada paciente y por su patología, producto de su historia. Presentan tres clases de definición de RTN: de campo, dinámica y metapsicológica.

La **definición de campo** se refiere al nivel de lo observacional fenoménico, y es desde esta perspectiva que llaman RTN a **toda detención del proceso analítico**, que puede asumir distintas modalidades de presentación:

1) Forma silenciosa, clínicamente muda o poco detectable. Los autores describen esta modalidad a los fines de señalar que piensan que la RTN no es sólo la tradicionalmente descrita como agresión franca y abierta, y sugieren indicios para detectarla ya que frecuentemente pasa inadvertida: a) voz monocorde, fonológica y sintácticamente estereotipada, b) temática o contenidos que se repiten, lo que en el plano más alto de abstracción se conceptualiza como compulsión a la repetición, c) respuestas rígidas en lugar de la creación de sintaxis o frases nuevas u originales, d) en tratamientos de niños, juegos que se repiten sin modificaciones, e) manifestaciones contratransferenciales que serán descritas en el ítem sobre tipos clínicos.

2) Forma clínicamente manifiesta o violenta: tradicionalmente descrita como ataque al tratamiento, al encuadre y al analista.

Según su duración, la RTN puede ser categorizada como:

-transitoria: como respuesta a buenas interpretaciones, se presenta en estructuras menos rígidas, en pacientes que pueden entrar y salir con más facilidad

-cronificada: las posibilidades de reductibilidad no aparecen con facilidad, se trata de pacientes con estructuras más rígidas. Es más frecuente el tipo silencioso antes descrito. En ciertos pacientes psicóticos esta cronicidad se expresa bajo la forma de llegar sistemática y alternadamente muy temprano o muy tarde a sesión. *El sentido de esta conducta podría entenderse en términos de una identificación psicótica con el analista (que llega antes que el paciente al consultorio), o también perseguir al terapeuta y denunciarlo como estafador ante el menor retraso. Hay un intento de manejo despótico de la mente y la capacidad de decisión del terapeuta.*

También los autores toman en cuenta el momento del proceso en el que una RTN aparece:

a) después de una buena intervención del analista, sentida como herida narcisista humillante. Como observación original, los autores incluyen aquí aquellos casos en que el paciente reacciona violentamente aparentando hacer una RTN cuando en realidad se trata de dolor psíquico

b) después de una mala interpretación, que reactiva los odios de todos los abandonos infantiles. Esta situación puede resolverse si el terapeuta es capaz de percibir y modificar sus errores.

c) ante logros del paciente, dentro y fuera del proceso analítico, que despiertan temores de ser atacado y destruido por la rabia y envidia del analista o los otros, así como los logros de los otros despertaron su propia rabia y envidia

d) en otros casos los autores han visto desencadenarse aparentes RTN ante una buena comunicación afectiva en un momento creativo y productivo del análisis, pero cuya dinámica inconciente se debe a otro motivo: en los casos observados, las madres de los pacientes eran maníaco depresivas y ellos, identificados y confundidos con esas madres, equiparaban un buen momento del análisis a un ciclo maníaco, al que seguiría un ciclo de depresión psicótica.

e) ante la finalización del tratamiento es posible observar el aumento de ataques violentos, que suelen deberse a las quejas y reproches por los logros no alcanzados hasta ese momento, por tener que aceptar las limitaciones propias, y para evitar sentir el dolor ante la separación.

f) ante la aparición de la dependencia analítica útil, en pacientes con una estructura narcisista omnipotente

La **definición dinámica** de la RTN es: **todo intento del paciente de mantener vigente e inamovible su fantasía patológica de curación.** A cada organización clínica corresponde una fantasía de curación específica:

- en los pacientes esquizoides: que se les entienda sin hablar
- en las organoneurosis: la cura sintomática, sin pensar ni sentir
- en un melancólico: escindir y proyectar su self torturado por los reproches en el terapeuta, con lo que fomenta disputas en las que éste funciona como superyó acusador. Otros autores pueden confundir esto con una RTN violenta, pero según nuestros autores hay que observar meticulosamente este modo de manejo de las melancolías severas, cuyo beneficio consiste en ubicar afuera el superyó acusador
- en los psicópatas: usar la mente del terapeuta como una prolongación de su brazo
- en los pacientes con trastornos a predominio semántico (caracteropatías, depresiones, esquizoidías, según David Liberman), cuando se cambia el sentido de la cura analítica, muchos ejemplifican la clasificación de RTN muda y crónica: pseudoanálisis de 10 o 15 años en los que el analista nunca descubre que sus interpretaciones son interpretadas por el paciente como consejos u órdenes de lo que debe hacer. La unión: terapeuta inexperto - paciente ambiguo que busca simbiosis, produce este tipo de RTN crónica
- en los drogadictos: manejar al terapeuta como un objeto inanimado

**La definición metapsicológica de la RTN es: una forma particular de resistencia, ubicada entre el Ello y el Superyó.**

“El camino del infierno está empedrado de buenas intenciones”, dice el refrán. Este dicho bien puede aplicarse a este artículo: con intención explícita de aportar una *guía clínica y técnica para orientación del terapeuta* en el tema que nos ocupa, los autores terminan contribuyendo generosamente al embrollo conceptual reinante. Interroguemos el texto con la clave más sencilla: ¿a qué llaman RTN? De las tres definiciones que explicitan, sólo una presenta un rasgo de originalidad que amerita ser especialmente considerado: cuando definen dinámicamente la RTN como *todo intento del paciente por mantener vigente e inamovible su fantasía patológica de curación* ponen en juego variables que, respetando la versión original, precisan una referencia clínica constatable. Otra definición incurre en una generalización que resta especificidad a la RTN: definida como *toda detención del proceso analítico*, queda superpuesta con cualquier otra noción técnica que indique el mismo fenómeno y contradice la tercera definición, cuyo canónico enunciado la particulariza como *resistencia del Ello y el Superyó*.

Analicemos estas definiciones en el marco epistemológico que se establece en el primer párrafo del artículo: para los autores la RTN es un concepto técnico con un nivel metapsicológico, hipótesis psicopatológicas y clínicas. Interpreto que Rosenfeld y

Schenquerman dicen que se trata de un concepto operacional articulado a una red conceptual teórica, cuya utilidad consiste en nominar fenómenos singulares en la clínica y particulares en ciertas configuraciones psicopatológicas. Me parece una lograda situación de la noción RTN dentro de las categorías conceptuales delimitadas por la filosofía de la ciencia. Más aún: al afirmar que la RTN es una *definición del campo clínico* [formulada, agrego yo] *desde* [la posición de, íd. ant.] *el terapeuta*, sitúan también logradamente la perspectiva de la cuestión en juego: es el analista practicante quien determina la existencia de una RTN en el curso de una sesión o de un tratamiento.

La primera definición que se formula pretende delimitar el campo de fenómenos nominados: los autores llamarán RTN a **toda** detención del proceso analítico. No se aclara qué se entiende específicamente por *detención del proceso analítico*. Los indicadores y variedades clínicos abarcan un amplísimo espectro que va desde el ataque violento hasta el curso singular de un tratamiento en su total extensión, incluyendo la mención de una RTN aparente. Tal amplitud expansiva del concepto conspira contra su operacionalidad técnica, desdibujando diferencias necesarias para distinguir, por ej., un episodio transferencial de signo negativo de una crítica lúcida y respetable a una intervención del psicoanalista.

La *definición dinámica*: *todo intento del paciente por mantener vigente e inamovible su fantasía patológica de curación* es un intento de explicación de la RTN, formulado en términos propios de la cultura psicoanalítica de la época en Buenos Aires. El catálogo psicopatológico de fantasías de curación es una curiosidad descriptiva de la clínica de los '70, no exento de la Babel teórica e ideológica imperante. Como ya se ha dicho, en párrafo anterior, esta variable resulta ser la contribución original de los autores a la teorización habiente sobre la RTN.

La *definición metapsicológica* no agrega ni quita nada a las formulaciones originales de la RTN.

El artículo falla como guía clínica y técnica al intentar el relevamiento exhaustivo de fenómenos nominables RTN, por la misma razón que los autores invocan: al tratarse de fenómenos de variabilidad singular, toda colección posible resulta insuficiente. En cambio, establece un sentido inequívoco: para Rosenfeld y Schenquerman, los fracasos en el tratamiento psicoanalítico se llaman reacción terapéutica negativa. Este desplazamiento de sentido, ¿es un cambio o una ampliación del original? No dudamos en considerarlo una ampliación, pero nos preguntamos: **¿es conveniente llamar reacción terapéutica negativa del analizante a todo fracaso de un tratamiento psicoanalítico?**



### La RTN como resistencia “final”

Norberto Marucco escribe *Para la teoría de una resistencia “final” (¿RTN o “necesidad de enfermar”?) Algo más sobre la estructura narcisista* en 1979, y lo publica en la Revista de Psicoanálisis (de la cual es Director) en el mismo año, Tomo XXXVI, N° 4. En el primer párrafo del artículo, el autor establece una equivalencia semántica (interrogada en el título) entre reacción terapéutica negativa y “necesidad de enfermar” que incluye *lo que Freud atinó a denominar “tormenta de los instintos” ...que parece estar “más allá” ...poseída por una demoníaca “necesidad de sufrimiento”*. Para Freud como para mí [Marucco dixit] parece ser la resistencia final.

La tesis sostenida por Marucco conserva para la RTN el predicado de resistencia, agregándole el atributo *final*, con una doble connotación que será desplegada (un tanto desordenadamente, como el mismo autor lo admite) en el artículo que se examina.

Partiendo de la conceptualización de la RTN (que prefiere directamente llamar *necesidad de enfermar*) como resistencia, el autor se pregunta *dónde ubicarla estructuralmente* ya que se encontraría más allá de la “roca viva”, lógicamente antes de la estructuración del Edipo positivo. Postula, entonces, que *en las reacciones terapéuticas negativas estamos frente a las resistencias del narcisismo, del narcisismo primario*. Citando el párrafo de *El Yo y el ello* con el que se inicia el Cap. I de esta Tesis, Marucco subraya una grave y grávida conclusión freudiana: *el tratamiento no debe forzar la voluntad del Yo del sujeto, no siquiera si éste decidiese su enfermedad*. Acto seguido, se pregunta: *¿de qué Yo se trata?* ya que distingue una gran variedad de Yoes:

-Yo de la identificación primaria, entendida en voz pasiva pues el sujeto es identificado por el deseo del otro

-Yo ideal, estructura yoica escindida, con predominio de identificaciones primarias

-Yo del propio deseo, construcción desalentada por los padres y la sociedad bajo amenaza de derrumbe narcisista

-Yo primitivo real, conformado por la proyección psíquica de la necesidad vinculada a los instintos de autoconservación

-Yo de placer, instalado sobre el arrasamiento del anterior según el principio de placer de los padres

-Yo de la autoafirmación, cercano conceptualmente al Yo del propio deseo y en oposición al Yo ideal

-Yo narcisista o Yo-prolongación-del-deseo-de-los-otros, versión complejizada del Yo ideal

-Yo real definitivo, sedimentado en el Yo primitivo real, expresión de la pulsión de dominio por transformaciones de la pulsión de muerte

-Yo de funciones, Yo de inscripciones, Yo de identificaciones: las tres acepciones del Yo en la teoría freudiana (según el autor)

*La reacción terapéutica negativa es, en definitiva, un enfrentamiento del analista con la "resistencia final"(narcisista) del analizante:* el psicoanalista cuestiona el Yo narcisista (y sus satélites) del analizante, provocando la emergencia de *micro-reacciones terapéuticas negativas* a lo largo del análisis, y una intensa RTN al final del mismo. El abordaje técnico de esta resistencia final *dependerá de la ubicación teórica que el analista le otorgue a las micro-RTN. No es lo mismo remitirlas a lo constitucional (intrasubjetivo) que al cuestionamiento de la identificación primaria, campo de la intersubjetividad.* Se enfatiza el peso del deseo del analista (¡aún el deseo de curación de su paciente!) en la emergencia y procesamiento de la RTN: *cuando nos mostramos satisfechos de la marcha de un tratamiento ya comenzó una 'imposición' de análisis, pero antes está la sutileza de muchos les y muchos nos en que el analista, sin advertirlo, incluye mensajes ideológicos (sus propios deseos).* Se descarta la posibilidad de un analista sin deseo pero se considera factible y decididamente importante una condenación conciente de él, para la emergencia del Yo-del-propio-deseo en el analizante. *Si en el analista, en lugar de juicio de condenación hay narcisismo (o sea, renegación del deseo del otro), habrá [en el analizante] una reacción terapéutica negativa ...al servicio de desligarse del deseo del otro, y podría entonces llamarse reacción terapéutica positiva.*

Marucco no presenta clínica. Es imposible saber a qué fenómenos aplica la noción RTN. Respecto de la teoría que propone cabe observar que, si bien se refiere al canónico texto freudiano, desplaza el sentido original presentado en el Cap. I de esta Tesis hacia la *estructura narcisista* y el fin de análisis. El narcisismo originario es un tema largamente trabajado por este autor, y el artículo examinado resulta una aplicación de esa premisa a la cuestión de la RTN. Sólo la alusión concreta al narcisismo del psicoanalista en confrontación especular con el Yo ideal del analizante indica qué hechos clínicos calificarían como RTN para Marucco.

### **Jornadas trasandinas**

La Revista Chilena de Psicoanálisis publica en 1981 las actas de las II Jornadas Trasandinas realizadas ese mismo año en Santiago de Chile. La reacción terapéutica negativa fue uno de los temas centrales, introducido por Eva Reichenstein y discutido en tres grupos

diferentes. Expondré algunos párrafos de Reichenstein y la síntesis de la discusión presentada por Jaime Coloma.

**Eva Reichenstein** comienza su introducción aludiendo, una vez más, a la vaguedad del concepto relativa a la extensión fenoménica adquirida por éste: diversos tipos de resistencias crónicas, fracasos e impasses analíticos, ciertos tipos de negativismo, reacciones negativas crónicas, etc. Se menciona la aparición de muchos trabajos sobre el tema que no siguen una misma línea sino que lo enfocan desde ángulos diferentes: para algunos, la RTN depende de la psicopatología del paciente; para otros, es función de la interacción entre paciente y analista; y algunos otros piensan que no existe y es sólo la justificación de una mala técnica. Revisa Reichenstein el citado párrafo de *El Yo y el Ello* para decir que si nos atenemos a esa descripción del fenómeno [es decir, a la versión original de la RTN presentada en el cap. I de esta Tesis], los casos de total falta de progreso en el análisis, los impasses analíticos o los constantes rechazos de las interpretaciones por parte del paciente, corresponderían a otro tipo de resistencias y no a RTN.

**Jaime Coloma**, por su parte, destaca el interés en conceptualizar la RTN y precisar algunos aspectos específicos, manifestado en los grupos de discusión. A modo de conclusión, expone una caracterización de la RTN como:

-un **proceso bifásico**: existiría primero un logro y después un retroceso. El significado y evaluación del llamado "logro" fue intensamente discutido en cada grupo, consensuándose tres alternativas: una coincidencia entre analista y paciente; el reconocimiento del analista pero no del paciente; la posibilidad de que, a raíz de la emergencia de una RTN, el analista deduzca un logro terapéutico que había pasado desapercibido hasta ese momento.

-un **fenómeno transitorio**, diferenciándola de las resistencias crónicas, impasses, acting-out, reversión de la perspectiva, etc.

Está claro que en 1981, en Chile, el estado de situación de la noción que nos ocupa resultaba tan controvertido como hace suponer la biblioteca que estamos relevando. He consignado este material por el particular interés que me despierta la última de las alternativas mencionadas por Coloma a propósito de la discusión que se generó en torno a lo que se entiende por "logro terapéutico" (discusión, por otra parte, absolutamente solidaria con la controversia RTN): un analista deduce un "logro" inadvertido a partir de una RTN que lo sorprende y desconcierta. Coincidimos en la sorpresa y desconcierto (esenciales a la RTN), pero la invocación de un "logro" previo es una petición de principio que aborta el interrogante

abierto por el fenómeno sorpresivo. Indudablemente, qué se entiende por “logro” en psicoanálisis es una cuestión tan problemática como cercana a la controvertida RTN.

### J-B. Pontalis

**Jean-Baptiste Pontalis**, en su ponencia al Congreso “Nuevas perspectivas sobre la reacción terapéutica negativa”(Londres, 1979), publicada bajo el título *No, dos veces no; intento de definición y desmantelamiento de la reacción terapéutica negativa* en la Revista de Psicoanálisis en 1982, afirmó que *los psicoanalistas ya no hablan de la reacción terapéutica negativa, pero reflexionan cada vez más sobre los límites y la eficacia del tratamiento, sobre el valor y la estabilidad de sus resultados; podría decirse que la RTN ha pasado a ser un concepto anacrónico, en tanto que impregna todo el cuerpo del psicoanálisis en crisis*. Cuando se menciona, la RTN se aplica al fracaso de un tratamiento, especialmente cuando sobreviene o se acentúa *in fine*, imputándolo al paciente.

Pontalis sitúa la emergencia de la RTN en el contexto de la subversión teórica operada por la hipótesis de la pulsión de muerte: en su opinión, Freud encuentra en el núcleo mismo del psicoanálisis un principio que lo esteriliza en su pretensión terapéutica, comprobando su impotencia para engendrar lo nuevo. Al mismo tiempo, Pontalis opina que la noción indica un retorno de Freud al pensamiento médico, en el preciso momento en que su psicoanálisis tropieza y queda desarmado frente a *esa fuerza que se defiende con todos los medios contra la curación*. Freud, que se había mostrado tan cauteloso frente a la *fuga hacia la salud*, sólo parece reconocer la expectativa médica de cura en el psicoanálisis cuando ésta aparece radicalmente ausente.

En un párrafo muy duro, Pontalis expresa claramente su opinión respecto del uso de la RTN en la comunidad psicoanalítica: *actualmente la especificidad de la noción parece haberse disuelto. El hecho es que a fuerza de ser reconocida en todos lados ya no se deja localizar en ninguna parte. Ya no designa nada y ha dejado de identificar un acontecimiento psíquico detectable. Incluso, el final de los análisis considerados como fracasos será mejor entendido en relación con las particularidades de la transferencia y de la contratransferencia –hipótesis que a menudo es confirmada por un segundo análisis- que como reacción terapéutica negativa. Por lo tanto estamos frente a un concepto vacío que haría referencia a organizaciones psíquicas muy distintas, que englobaría movimientos psíquicos heterogéneos sin dar cuenta de ellos y sin discriminarlos: ¿debe ser excluido acaso de la teoría?*

*¿No estamos asistiendo –y participando- desde hace muchos años a una creciente asimilación de la resistencia a las defensas?* se pregunta Pontalis, manifestando que si bien es difícil hacer funcionar en la práctica la distinción entre estas dos nociones, vale la pena intentarlo a propósito de la RTN. La resistencia es una noción técnica que alude a un fenómeno específico de la cura, provocado por su misma dinámica. La defensa es un concepto biológico que el psicoanálisis ha traspolado a la psique.

La clínica que Pontalis presenta en este artículo está tratada mediante la descomposición de la noción en cada uno de sus términos: reacción-acción como par indivisible, terapéutica en el sentido de la salud como bien, negativa por el uso del signo lingüístico “no” como afirmación de la individualidad. En su experiencia, *los pacientes más refractarios al movimiento del análisis son aquellos que invisten con mayor intensidad la relación analítica en su realidad instituida y al analista en su actualidad. En su historia infantil generalmente encontramos palabras proferidas por la madre: dichos que tienen el valor de actos, veredictos inapelables, sentencias no sometidas a una elaboración que las relativizaría y que por lo mismo relativizaría la imagen y el poder de aquel o aquella que los enuncia. Uno llega a sorprenderse de esa apremiante necesidad que tienen de cambiar al otro, o mejor, de doblegarlo. Y en el horizonte, ese otro es siempre la madre. La reacción terapéutica negativa será decir no”*.

El análisis de Fabiana (dirigido por Pontalis) estuvo regido en todo su curso por el signo de la RTN. Esta mujer inteligente, generosa, activa y eficaz en sus empresas mostraba en su análisis un rostro diferente: cerrado, amargo, desconfiado. Había decidido analizarse para tener “derecho a la palabra” (emblema de moda en la época). Cada vez que se esbozaba un desprendimiento del dominio ilimitado de la imago materna, aparecía en ella la necesidad de sufrir y hacer sufrir. La interpretación (simple otorgamiento de sentido por un tercero) era percibida como la inminencia de una disyunción, de una ruptura del lazo a la madre y con el analista, como un naufragio, como el final de todo. No hay ninguna referencia al desenlace de este análisis, ni a la estrategia del analista en la dirección de esta cura.

Finalmente, y aclarando que no coloca todos los tratamientos que *no funcionan* bajo su rúbrica, Pontalis considera que la RTN:

-como **noción** señala el retorno al campo teórico de aquello excluido o puesto entre paréntesis por el psicoanalista: el actuar, **la urgencia de curar**

-como **acontecimiento** requiere una apreciación que puede cambiar completamente según la perspectiva: cuando aparece como un fenómeno que puntúa el análisis (y sobre todo la interpretación) testimonia la movilización del conflicto en la actualidad de la cura; cuando

define de manera electiva el *comportamiento psíquico* de un paciente merece ser reconocida, en su legitimidad, como **resistencia en el sentido vital, casi heroico del término, frente a ése que afirma querer nuestro bien: madres -y analistas- a los que uno necesita creer, y ellos también necesitan creerse, realmente irresistibles.**

Pontalis concluye diciendo que *si se quiere contar con una posibilidad de dismantelar, en la teoría y en la práctica, la RTN, es mejor fracasar en el intento de definirla. Al definirla, creyendo cercarla, nos protegemos de ella intentando afirmar nuestra propia ley, o la instalamos, dejando el terreno ocupado por dos deseos semejantes pero dirigidos en sentido opuesto... Pero no olvidemos que los "grandes batallones" nunca pertenecerán al bando del análisis.*

Si bien la publicación de este artículo en la Revista de Psicoanálisis es posterior al de Marucco, es claro que este último retomó la propuesta de Pontalis coincidiendo en presentar la RTN como un tipo específico de **resistencia** (hasta aquí se mantiene el sentido original) **provocada por el accionar del psicoanalista en la cura** (relación causal sólo descriptivamente aludida en la versión original).

La orientación kleiniana desplazó el sentido freudiano de la noción desde la *necesidad de castigo* hasta la *envidia primaria*, sosteniendo el foco sobre las constelaciones pulsionales del analizante. Estos autores proponen un "retorno a Freud" enfocando el vínculo transferencial y el discurso interpretativo del analista.

### **Los Baranger en el campo**

**Madeleine y Willy Baranger** fueron referentes insoslayables del psicoanálisis en el Río de la Plata en la década 1980-1990. Su artículo *Proceso y no proceso en el trabajo analítico* publicado en la Revista de Psicoanálisis en 1982 presenta algunos términos que ellos introdujeron en el vocabulario psicoanalítico de la época: *campo*, *baluarte*, *segunda mirada*. La noción de *campo* indica la estructura transfenoménica de la situación analítica, instituida por el pacto de trabajo entre analista y analizante. Dentro de esta estructura funcional en la cual tiene lugar el proceso analítico se producen detenciones que involucran en forma distinta a ambos pactantes: la *segunda mirada* (que hace surgir el campo) ilumina la dimensión de desconocimiento de sí del analista, revelando la existencia del *baluarte* (estructura inmovilizada que entorpece o paraliza el proceso). El *baluarte* subyace a los fenómenos resistentes que se sitúan en el extremo de máxima intensidad y durabilidad de una escala que se inicia en las resistencias "clásicas" y culmina en la reacción terapéutica

negativa. Para los Baranger la **RTN es por definición catastrófica**: un suicidio o accidente suicida del paciente frente a interpretaciones que el analista considera adecuadas. Su signo clínico patognomónico es la parasitación del analista con el paciente, **una verdadera psicosis de transferencia-contratransferencia**. *A partir del examen de este polo extremo podemos entender que, en mayor o menor grado, el analista está involucrado como participante activo en todos los fenómenos que se manifiestan como obstáculos graves al proceso analítico* concluyen los autores Baranger y Mom.

Por incómodo que resulte, en los '80 algunos psicoanalistas vuelven la mirada sobre sí mismos a la hora de analizar los efectos paradójales del psicoanálisis.

### **“Borrowed guilt”**

**Joshua Levy**, de Ottawa, presentó en el 32º International Psychoanalytical Congress (Helsinki, 1981) *A particular kind of negative therapeutic reaction based on Freud's “borrowed guilt”*. Levy introduce el tema repitiendo lo consabido: hay muy pocas descripciones clínicas de RTN y las discusiones sobre esta noción manifiestan una amplia diversidad de opiniones. Inmediatamente toma en consideración un factor mencionado por Freud en 1923: la **culpa prestada**, tomada por identificación con un objeto de antigua investidura erótica. Veamos el relato clínico.

Una mujer soltera, con treinta y pocos años de edad, demanda análisis luego de repetidos fracasos en sus relaciones de pareja con hombres. Ha sufrido depresiones de grado variable durante los últimos diez años. Toda posibilidad de concretar una pareja estable le provoca pánico, tanto más intenso cuanto más deseado es el hombre en cuestión. Su situación laboral es altamente insatisfactoria: se siente humillada, descalificada y bastante furiosa en su trabajo en sociedad con un colega. El análisis transcurre inicialmente con largos episodios de silencio en sesión, y rechazo de las interpretaciones del psicoanalista al respecto. Lentamente se instala una transferencia paterna: la paciente retrata a su padre como un hombre iracundo que le demandaba obediencia absoluta y la despreciaba sarcásticamente por ser mujer.

El análisis de sus condiciones laborales la decidió a intentar cambiar de trabajo, y para eso era necesario tomar cursos de actualización, que inició con gran entusiasmo. Cuando su empeño y talento merecieron el reconocimiento de sus instructores, y la posibilidad de cambio laboral adquirió visos de realidad, la paciente comenzó a mostrar conductas que hicieron prever que no aprobaría los cursos (tal como ya había sucedido en ocasiones similares). Estaba asombrada de su comportamiento irracional: se hacía crueles autorreproches y se

enojaba con su analista porque no la ayudaba. En la agotadora ambivalencia de creciente éxito y progreso (por un lado) y autosabotaje (por otro), pudo finalmente concluir esos cursos.

Al comienzo de su tercer año de análisis comenzaron a aparecer signos de RTN. La paciente no sólo había cambiado su modalidad de relación con los hombres sino que estaba en un placentero incipiente romance. Su situación laboral era satisfactoria. La depresión había disminuido notablemente. Sin embargo, la paciente mostraba un desinterés manifiesto en el análisis y expresaba deseos de interrumpirlo. Sorpresivamente (para el analista) la mujer comunicó que dejaría de analizarse en cuatro meses y no habló más. Los empeños de Levy por analizar su silencio y su abrupta decisión resultaron infructuosos. Quedaba claro que el analista objetaba esa manera de terminar el análisis. La respuesta de la paciente fue que no sólo dejaría de analizarse sino que se mudaría para vivir en otra ciudad. El analista la invitaba insistentemente a analizar las razones de su decisión, y finalmente la paciente respondió: “No tuve agallas para dejar a mi padre. No repetiré lo mismo con usted. No seguiré sometida a sus reglas”. El analista insistía fallidamente en analizar las resistencias defensivas en juego. La paciente rehusaba o se mantenía en silencio. Mientras tanto, los síntomas de inicio retornaban con intensidad: la mujer se quedaba en cama y faltaba a su trabajo, no comía, estaba paralizada y lloraba con frecuencia. El analista se preocupó. Después de un mes en esas condiciones, la angustia y el sufrimiento de su paciente se le hicieron intolerables, y decidió cambiar su estrategia: no interpretó más resistencias ni defensas, respetó los silencios, habló poco (el analista), y estuvo más atento a las escasas palabras que su paciente articulaba en sesión. Lentamente, la situación fue retrotrayendo hasta el estado anterior al episodio RTN, dentro y fuera de sesión. Ese período duró unas ocho semanas, durante las cuales la paciente hablaba (poco) de la fecha de fin de análisis. Finalmente, el analista acuerda con su paciente que el análisis terminaría en cuatro semanas.

La paciente había retomado su vida habitual. En sesión estaba tan silenciosa como siempre. Una semana antes de la fecha acordada para finalizar el tratamiento, relata un sueño y ella misma asocia y se interpreta que el sueño se refiere a su análisis: demandó este tratamiento por las mismas razones que ahora pone en acto. La interrupción de cualquier relación que avanzara sobre su intimidad emocional y afectiva había sido una constante en su vida. Por eso quiso analizarse. Por eso decidió terminar ese análisis. Y ahora le gustaría continuar. El analista acuerda con ella dejar de lado la fecha fijada y continuar el análisis. En la sesión siguiente, luego de un largo silencio, la paciente dice que previamente a la decisión de concluir había sentido un odio particularmente intenso hacia personas de su familia, particularmente su madre. Su padre maltrataba a su madre, física y verbalmente. Y la paciente



recuerda la reacción típica de su madre: “Es todo por mi culpa, porque hago todo mal”. La paciente se da cuenta todo lo que ha “copiado” de su madre.

El análisis continuó durante unos años más, al cabo de los cuales se presentaron en muchas ocasiones episodios como el relatado, con una diferencia: la paciente estaba decidida a continuar analizándose.

Joshua Levy aplica correctamente la noción RTN a este episodio de su clínica. No acuerdo con él en la invocación a la *borrowed guilt*: el rasgo identificatorio a la madre está en el corazón de esta RTN, pero excede ampliamente la connotación de una “culpa prestada” característica de ciertas neurosis. Aún así, el material tiene valor: es la mejor narración de una RTN a la que he podido acceder hasta el momento de escribir esta opinión, y la honestidad del analista merece párrafo aparte.

En 1982, la modalidad de intervención standard a la que Levy alude reiteradamente constaba de, al menos, dos elementos insoslayables: transferencia y resistencia. En caso de presentarse una RTN, la indicación técnica (lo hemos consignado previamente) era: reforzar las interpretaciones hasta liquidar el fenómeno. Joshua Levy sigue las reglas...hasta que se preocupa por su paciente. El cambio de dirección de su estrategia no sólo salvó una difícil coyuntura de ese análisis, también recuperó la confianza de la paciente en el psicoanálisis como método psicoterapéutico.

### **Otto Kernberg**

*Trastornos graves de la personalidad* por **Otto Kernberg** en 1987 es ya un clásico de la literatura psicoanalítica. Al inicio del cap. 15 *Estancamientos en el tratamiento* Kernberg afirma: *Las reacciones terapéuticas negativas son una causa importante de estancamiento. Sin embargo, creo que es preferible ...restringir el sentido de RTN al empeoramiento del trastorno del paciente, particularmente cuando se refleja en la transferencia, en momentos cuando él [el paciente] lo está percibiendo consciente o inconscientemente [al analista] como un objeto bueno que está intentando proporcionarle ayuda significativa.*

El interés de Kernberg se dirige a las causas y razones de estancamientos en los tratamientos de pacientes graves, indicando un amplio repertorio de maniobras técnicas posibles para superarlos. La RTN como tal no merece otro comentario más allá del citado en el párrafo anterior, pero considero significativa la atención que O. K. pone en tiempo y metas del tratamiento, y la responsabilidad conjunta de paciente y psicoanalista respecto de éstos. Se presentan dos recortes clínicos:

- Un paciente se quedaba dormido en sesión cada vez que el analista le hacía una interpretación transferencial, y nunca se dormía en otros momentos. Esta conducta se fue extendiendo gradualmente a todas las situaciones en las que el paciente sospechaba que el analista intentaba centrarse en la transferencia. O.K. interpreta que el paciente se esforzaba concientemente por vencer al analista, a quien percibía como una imagen paterna sádica. El analista comenzó a centrarse cada vez más en la extraordinaria tranquilidad y falta de preocupación que el paciente mostraba frente a este desarrollo, que había producido un estancamiento terapéutico de meses. La tarea interpretativa se amplió hasta que la vida entera del paciente parecía centrarse en su tendencia a quedarse dormido *en sus horas de análisis* (dice Kernberg), o más bien cuando el analista le interpretaba que se quedaba dormido cada vez que le formulaba una interpretación transferencial sobre su tendencia a quedarse dormido cada vez que le interpretaba la transferencia con el padre edípico...

- Una mujer de 45 años que se había divorciado de su marido desarrolló una reacción de rabia prolongada hacia el terapeuta porque él no respondía a los avances amorosos de ella. La interpretación cuidadosa y completa de un patrón de relaciones sadomasoquistas con los hombres no había llevado a la solución de este desarrollo transferencial. Finalmente, el analista se dio cuenta que la paciente había iniciado tratamiento porque tenía la fantasía de casarse con él. Al ser confrontada con esta situación, la paciente se negó a continuar ese tratamiento y rehusó iniciar otro con otra persona.

La interpretación de la transferencia es el círculo infernal que esteriliza el primer caso. Una demanda inaceptable establece de inicio la imposibilidad de tratamiento en el segundo caso. ¿Llamaríamos RTN a estos fenómenos? No. No corresponde aplicar esa noción a esta clínica.

## II. 4: Fin de siglo

### Herbert Rosenfeld

Herbert Rosenfeld dedica un capítulo de su libro *Impasse e interpretación* [Madrid, 1990] a los *pacientes narcisistas con reacciones terapéuticas negativas*. Su interés por la *resistencia crónica al análisis* remite a problemas técnicos, concediendo gran importancia (de acuerdo con Rivière, Klein, y otros) a la envidia, soberbia y destructividad características de relaciones objetales omnipotentes narcisistas. Presenta dos casos clínicos.

Peter había vivido un episodio psicótico mucho antes de su análisis. Desarrollaba RTN frecuentes que lo dejaban incapaz de pensar y observar qué estaba ocurriendo en su interior. Se sentía paralizado y somnoliento durante varios días. Sólo gradualmente podía describir cómo una parte de su personalidad se dirigía a él en forma arrogante criticando el análisis. Cuando la confianza y cooperación en y con el analista aumentaban, y se dejaba ayudar por él, la parte omnipotente lo acusaba de ser débil e inferior y lo despreciaba violentamente. Peter decía “¿para qué sirve hacer estos progresos si luego estoy hecho pedazos?”. La vida de este hombre se había supeditado durante muchos años a tener relaciones con prostitutas una o dos veces al día. El análisis le había ayudado a comprender el significado de esta compulsión y comenzó a resistirla, al tiempo que una voz seductora le decía qué bueno sería tener una prostituta. Esta compulsión se sostenía en fantasías de poder y control omnipotentes sobre las mujeres, y estaba acompañada de goces masturbatorios incontrolados. Cuando el análisis progresaba surgían afanes asesinos contra personas reales, que se agudizaban cuando se comparaba con otros. Rosenfeld piensa que este paciente se encontraba indefenso frente a una fuerza ignorada por él. Le resultaba sumamente desconcertante constatar la existencia (en su paciente) de un self escindido u objeto interno que asumía la poderosa función de consejero persuasivo o crítico implacable. No le parece conveniente llamar Superyó a esta fuerza; prefiere llamarla *estructura omnipotente narcisista*.

Michael tenía alrededor de cuarenta años. Profesional exitoso en el campo social, trasladó a su familia (esposa y dos hijos) desde su país de origen y se instaló en Londres sólo para analizarse. Pasaba muchas horas solo, leyendo poesía o escuchando música. Despreciaba a su mujer, se sentía superior a ella. Solicitó análisis al darse cuenta que vivía aislado y comenzaba a deprimirse. Tenía grandiosas fantasías sobre sí mismo y la obsesión de llegar a ser tan rico como para satisfacer todos sus deseos. En Londres se deprimió aún más pues no podía ejercer su profesión ni llevar el mismo nivel de vida, y sentía humillación y rencor hacia el analista porque su enfermedad lo había forzado a abandonar su anterior comfortable situación. Al cabo de un tiempo se sintió mejor porque disfrutaba del análisis, pero leía con voracidad y su mujer e hijos comenzaron a quejarse por no ser tomados en cuenta en absoluto. Cuando Michael mejoraba (sintiendo la necesidad de su análisis, resistiendo su tendencia al aislamiento, y relacionándose más con su familia) le sobrevenía una gran ansiedad respecto de su permanencia en Inglaterra: llegaba muy tarde o faltaba, y su único pensamiento era regresar a su país. Su analista le ayudó a ver que su lucha íntima era producto de una figura interna que insistía en que el análisis era inútil. Cuando Michael hablaba de su conflicto, Rosenfeld constataba que no se trataba de un mero diálogo con una figura interna

sino que parecía estar completamente hipnotizado e intimidado por esos ataques internos contra el análisis que también iban dirigidos contra él y su capacidad de pensar. *Esto (comenta H. R.) es característico de lo que ocurre en una reacción terapéutica negativa. En tales momentos los pacientes son incapaces de pensar en los problemas que los perturban más y que les trajeron en busca de ayuda. En estas circunstancias el paciente por lo general depende completamente del analista.* El padre de Michael estaba muy enfermo, y este hecho no despertaba en él ninguna preocupación sino odio y desprecio: pensaba que el viejo era una auténtica basura, sólo digno de ser rechazado. Su padre, exitoso profesional, había sido muy bueno con él al haberlo enviado a los mejores colegios, pero su hija (hermana de Michael) era su favorita. Ella murió repentinamente a los 19 años, y el padre quedó destrozado. Michael intentó acercarse a él para consolarlo pero no recibió respuesta y finalmente se apartó. Estaba claro para Rosenfeld que M. nunca perdonó a su padre la preferencia por la hermana y se negó a darle cariño después de morir ella (Sic!). H. R. le mostraba a M. que detrás de su desconsideración escondía el amor hacia su padre y el deseo de ser su hija favorita. *Al volverse frío y cada vez más masculino y competitivo no sólo había negado su cariño hacia el padre sino sus propios deseos y sentimientos femeninos. En realidad, quería ser cariñoso y encantador como su hermana.* Finalmente el paciente visita a su padre y regresa muy contento: sueña que no sólo tenía un pene sino también una vagina. En opinión de H. Rosenfeld, M. estaba mejorando. Luego de una sesión en la que consigue mostrar mayor aprecio hacia el analista, el paciente llega 40' tarde a la sesión siguiente. *Se sentía conmovido y despreciable, se había emborrachado luego de la sesión anterior y no podía recordar nada de lo sucedido en ella.* En la sesión posterior relata un sueño: *se encontraba en sesión terapéutica con una mujer, una asistente social a quien conocía; admiraba mucho su actitud y el ambiente que creaba esta mujer afectuosa y comprensiva, que hablando de un modo muy claro y directo le dijo: es usted la persona más narcisista y egocéntrica que he conocido en mi vida.* Michael se daba cuenta que esa mujer tenía toda la razón, y recalcó que nunca había tenido una vivencia similar en su vida, ni en sus análisis previos ni en el presente. H. Rosenfeld pensó que la mujer del sueño parecía ser una versión muy idealizada de él mismo, pero se preguntaba: ¿por qué aparecía en el sueño como una mujer? ¿Era ese un ataque oculto del paciente hacia su hombría? ¿Cuál era la relación entre el sueño y la RTN que lo llevó a esa repentina borrachera? Rosenfeld concluyó que, a la vez que se producía un progreso en el análisis y la irrupción de sentimientos afectivos y de admiración, M. debía sentirse intimidado por una respuesta extremadamente envidiosa y silenciada. A la sesión siguiente, M. dice que lo invadió un sentimiento tan intenso de envidia hacia el analista que se

sintió asustado. Temía no poder llegar a ser nunca como R. o la mujer del sueño. El deseo de M. de ser como H. R. se convirtió en el asunto primordial del análisis: *se trataba, por supuesto* (Rosenfeld dixit) *de un deseo de identificación narcisista*.

¿Hubiera llamado Freud RTN a los fenómenos que se presentaron en los análisis de Peter y Michael? Me atrevo a responder: sí. El primer caso es ejemplar, en dichos del mismo Peter: *¿para qué sirve hacer cualquier progreso si después estoy hecho pedazos?* El segundo es un poco más complejo, porque roza la *roca viva* de la castración. Pero, sin lugar a dudas, con Herbert Rosenfeld estamos frente a una aplicación legítima de la noción freudiana. Lo que sorprende es... la sorpresa. Con Peter, el analista se sorprende al encontrar la resistencia del Superyó en su más ortodoxa formulación: hundiendo sus raíces en el Ello. Queda claro que es la noción de Superyó la que ha sufrido una mutación conceptual importante, exigiéndose entonces apelar a otra formulación (*estructura omnipotente narcisista*) para explicar el fenómeno aludido. Con Michael, el analista se pregunta -sorprendido- porqué su paciente se emborracha para olvidar el precio edípico de la pasividad amorosa de un varón frente al padre. ¿Debemos preguntarnos si Herbert Rosenfeld olvidó la más sencilla y elemental fórmula del complejo de Edipo según Sigmund Freud? O concluir, tal vez, que *Edipo y castración* también han sufrido importantes alteraciones conceptuales.

El objetivo de esta Tesis es explorar los desplazamientos de sentido sufridos por la noción RTN. La clínica de Herbert Rosenfeld muestra un estado de situación inversamente interesante: la RTN conserva el sentido original, mientras conceptos fundacionales del psicoanálisis freudiano han adquirido connotaciones diversas manteniendo la misma ortografía.

### Los Schenquerman en los '90

**Carlos Schenquerman** regresa a Buenos Aires en 1990, tras pasar algunos años trabajando en otros lugares del mundo. Su trabajo *Para ampliar los límites de la analizabilidad. Resistencia, resiliencia, reacción terapéutica negativa* comienza con afirmaciones que pongo en continuidad con la conclusión del apartado anterior. *Que un psicoanalista se pregunte qué ha ocurrido, en qué ha devenido el psicoanálisis a cincuenta años de la muerte de Freud, no puede ser un mero ejercicio intelectual. Nuestra praxis está comprometida en ello, y está comprometida tanto en los modos histórico-sociales de su ejercicio como en los procesamientos teórico-clínicos ocurridos en este medio siglo.* Este psicoanalista, al reiniciar su práctica en Buenos Aires, recibe analizantes que presentan un

complejo elemento común: sufrimiento psíquico intenso, un historial de varios años de psicoanálisis previos (desde 4 hasta 12, con un mismo o diferentes analistas) y una dosis mayor que la habitual de escepticismo, descreimiento y desesperanza... en el psicoanálisis. *¿Podría ser que todo un tratamiento analítico transitara por los rieles de la resistencia, o de la RTN?* (Recordemos que el propio Carlos Schenquerman había respondido sugerido una respuesta afirmativa a esta misma pregunta en 1977, en el artículo comentado en el apartado II. 4 de esta Tesis) *¿Podría darse esto sin la complicidad del analista? Y si fuera así, esa complicidad ¿sería conciente o inconciente?* Al tiempo que se formula estas preguntas, C. Schenquerman asegura que los psicoanalistas ya casi no hablan de la RTN *salvo para explicar o, peor aún, justificar algún fracaso terapéutico generalmente atribuido al analizante* [la negrita es mía]. Carlos Schenquerman sostiene en este artículo que la no detección de la transferencia negativa, o la asimilación sistemática de ésta con resistencia, deviene cristalización del proceso analítico al modo de una RTN silenciosa, un bloqueo parcial o definitivo del tratamiento. La viñeta clínica con la que ilustra estas afirmaciones refiere el tratamiento de Pedro, 38 años, que consulta (luego de haber concluido un análisis previo que duró 9 años) por sentirse *“insatisfecho en la vida, pasivizado, inseguro... al mismo tiempo que produce una buena impresión social mostrándose suficiente y equilibrado”*. Se describe a sí mismo como alguien que trata de evitar a toda costa la confrontación, que prefiere siempre buscar vías de acuerdo. En las primeras sesiones, Pedro se siente *estudiando la situación o básicamente al analista... metiendo el pie para ver la temperatura del agua*. En su anterior terapia el analista intervenía mucho, era casi un diálogo; en cambio, el silencio de C. S. le produce incertidumbre. Luego de relatar un sueño: *“yo iba nadando y me metía en una caverna, cada vez se hacía más estrecha y oscura, yo sé que buscaba algo, algo que no sabía qué era... eso me angustiaba... cada vez se hacía más estrecha y oscura, yo nadaba y no podía avanzar más... buscaba desesperadamente una salida”*, pide disminuir el número de sesiones por razones económicas. El analista interpreta que la tensión psíquica se le hace insostenible: *o avanza, sale del empantanamiento al cual se condena desde una parte de sí mismo* (evitando confrontar con el otro), *o cristaliza definitivamente un seudoproceso en el cual el analista, cómplice y al servicio del evitamiento de la confrontación, se convierte en la palabra ejecutora de un deseo de pasivización que emplea la distancia para evitar la emergencia del deseo de enfrentamiento, de la hostilidad transferencial silenciada durante años. Paradoja del análisis*, concluye C. Schenquerman, *el analista expresando un deseo de analizar cae, aparentemente, en la trampa de un paciente que desea conocer el deseo del analista*. En resumen, para C. S., *para que el proceso de la cura se despliegue, para que no se*

*empantane en los impasses que lo acechan y las RTN en las cuales tantos seres devienen inanalizables y tantos terapeutas estériles, debemos tener clara nuestra implicación. Ello significa abrir la posibilidad de cuestionar la teoría y la técnica a las cuales cada uno adhiere revisando nuestra propia posición en el campo analítico, lo cual remite inevitablemente a nuestro propio análisis.*

Es muy interesante confrontar este artículo con el de 1977: si bien Carlos Schenquerman mantiene su concepción propia de la RTN (en el apartado **II. 4** anotamos que amplía sus alcances nominativos y descriptivos hasta abarcar la totalidad de un proceso analítico), cambia la perspectiva de observación haciendo foco en el psicoanalista. Con mirada crítica, invita a reflexionar sobre la práctica del psicoanálisis, la formación del analista, la función de la institución analítica, los modos de producción de saber en el campo psicoanalítico. *¿Cómo hará un analista que encuentre en la institución un garante de la omnipotencia de una teoría devenida emblema fálico?*

**Norberto Schenquerman** escribe en 1991 *Aportes al estudio de las resistencias al cambio psíquico en el psicoanalista*, profundizando las reflexiones de Carlos desde la misma perspectiva. Recuperando una expresión de **Racker** (*la reacción terapéutica negativa del analista*, 1959), N. S. adscribe al psicoanalista en contratransferencia todas las modalidades resistenciales enumeradas por S. Freud incluso la RTN, a la que llama **adicción de contratransferencia**.

Los Schenquerman proponen no sólo una ampliación de la versión original de la RTN, sino un radical cambio de sentido: el psicoanalista es partícipe, cómplice y artífice de la *reacción terapéutica negativa* de un analizante. Veremos si alguien recoge el guante.

### **Owen Renik**

En 1991 **Owen Renik**, analista en formación en la San Francisco Psychoanalytic Society, presenta *One kind of negative therapeutic reaction*: un caso clínico de su propia experiencia con el que pretende mostrar una clase particular de RTN en la que el análisis causa permanentemente más padecer que alivio, y la situación resulta irreductible aún cuando sus determinantes pueden ser comprendidos. Leamos el caso de Renik.

*Un joven yuppie sufría constantemente en análisis. No sólo sus importantes inhibiciones laborales y sus problemas con las mujeres permanecían inaccesibles a nuestros esfuerzos, sino que constantemente me veía brutal y abusivo con él. Todo señalamiento que no fuese un explícito elogio o una expresión de aliento era visto como un ataque. Si me quedaba en silencio, estaba manifestando mi desprecio hacia él. Estaba mucho más*

*interesado en analizarme a mí que en analizarse él: suponía que yo satisfacía mis propias necesidades a costa suya. Si yo sugería que esa percepción de mí debía estar teñida de su propia psique, esto era interpretado como una irresponsable estratagema defensiva que yo instrumentaba para pasar a la ofensiva. Usaba su habilidad discursiva para argumentar su punto de vista: me sacaba de contexto, atribuía significaciones a mi expresión facial cuando yo le abría la puerta o a los movimientos que realizaba al sentarme o levantarme de mi silla, me interpretaba la elección de una frase particular que yo le dirigía, etc. Cada vez que él sentía que había ocurrido algo que revelaba vívidamente mi carácter, lo tomaba muy en cuenta y lo relataba a sus amigos con gran detalle y entusiasmo. Aún así, nunca mencionaba la posibilidad de ver a otro analista o discontinuar el tratamiento y cuando le pregunté respondió que dejarme sería darse por vencido. Qué estaba tratando de ganar? Replicó que yo era enormemente capaz y que él esperaba tomar beneficio de lo que yo tenía para dar, si lograba que yo usara adecuadamente mis capacidades. Agregó, además que no tenía ninguna razón para pensar que otros analistas pudieran ser mejores, y necesitaba desesperadamente analizarse.*

*Mi paciente veneraba su padre y su hermano mayor, ambos exitosos abogados. Consideraba natural la atenta devoción que su madre le dispensaba y, como ellos, la miraba con cariñoso desdén como a una "cosita" menos inteligente y capaz que los hombres de la familia. Había crecido en una atmósfera de intensa rivalidad intelectual, pero aseguraba que le había resultado más estimulante que opresiva o amenazadora. Tal vez la proyección sobre mi persona de las actitudes negativas hacia el padre y el hermano había contribuido a la imagen que tenía de mí. Por qué ellos siempre vencían ostensiblemente en cada competencia, aún en las amistosas? Fue recordando que su padre se entrometía cuando él llevaba ventaja, pero generalmente estaba muy ocupado para ayudarlo cuando él realmente lo necesitaba. Los ataques que me dirigía podían entenderse como actuaciones de un deseo de venganza; también expresaban su determinación de corregirme como hubiese querido corregir a su padre.*

*Al mismo tiempo, exploramos la proyección y externalización de la soberbia, hipocresía y hostilidad inherentes a su posición de víctima. En algún sentido, él gozaba de ser abusado, satisfaciendo el deseo pasivo de ser purificado y enaltecido. Teníamos un dibujo completo de su homosexualidad. Quería poseer la potencia de una figura masculina idealizada para contrarrestar la identificación con su inadecuada madre. En algún punto, el sentimiento de estar castrado era una forma de castigo por haber triunfado sobre su padre y*



*su hermano al ser el favorito de su madre. Creía ser mi paciente favorito: difícil, pero poseedor de inusual talento y promesa de recompensas especiales.*

*Este análisis se desarrolló durante varios años. El despliegue asociativo y la calidad de insight logrado nos convencía a los dos. Beneficios y miedos subyacentes a sus actitudes sadomasoquistas fueron expuestos y testeados en la realidad. No obstante, su **reacción terapéutica negativa** [la negrita es mía] permanecía esencialmente inalterable. El trabajo analítico válido y productivo hacía sentirse a mi paciente peor que mejor. Los elementos reconocidos en la transferencia no le impedían seguir viéndome como un torturador. Cada nuevo descubrimiento sobre su vida psíquica era una injuria narcisística que yo perpetraba sobre él, y estaba convencido que yo lo hacía por mi propia psicopatología. Mientras tanto, continuaba enredado en los síntomas que lo habían traído al tratamiento.*

*Yo me sentía confundido, frustrado, y tomaba ese análisis como un ejercicio costoso e infinito, a veces productivo. Naturalmente, también a veces sentía rabia y tenía que luchar contra el impulso de castigarlo o retirarme del tratamiento.*

*Un día me dormí en sesión con él. Mi contratransferencia estuvo comprometida, seguramente. También es cierto que me había acostado tarde la noche anterior y estaba resfriado. Era el final del día. Pasados 40' del comienzo recuerdo haberme sentido cansado pero despierto, prestando atención y con los ojos abiertos. Lo que sé después es que me desperté desorientado al ver a mi paciente dirigiéndose a la puerta de salida en puntas de pie. Eran 10' después de hora. Me dijo que se había dado cuenta que pasaba el tiempo y me preguntó directamente. Al no escuchar respuesta se dio vuelta y me encontró profundamente dormido. Yo me disculpé unas cuantas veces, y le dije que hablaríamos del asunto la próxima sesión.*

*Al día siguiente él se refirió a lo sucedido diciendo que sabía que era un paciente extremadamente difícil e ingrato y que debía ser aburrido escucharlo, que mi contratransferencia (conocía el concepto) era muy entendible. Me impresionó su ansiedad por disculparme y hacerse responsable de mi lapsus, en contraste con la habitual imagen que decía tener de mí; inclusive, no había mencionado el incidente con sus amigos. Me permití mostrarle, entonces, que todas esas impresiones tan extremadamente negativas de mi persona, eran sólo producto de su imaginación y no tenían ningún asidero real. Remarqué este señalamiento al final de la sesión.*

*Llegó a la vez siguiente en un estado de tremenda ansiedad: se quedó parado, tieso, en silencio...Luego, atropelladamente, dijo que había pasado una noche terrible, asediado por una imagen tan aterradora que hasta pensó matarse si no desaparecía: yo me*

*abalanzaba sobre él, con las manos extendidas, para estrangularlo. No fue una alucinación: él sabía que no era real, pero no podía sacarla de su mente. Aparentemente, estaba sintiendo la intensa transferencia negativa que subyacía a su **reacción terapéutica negativa** [la negrita es mía]. Sus asociaciones fueron en dirección a su madre, de quien apenas había referido jocosamente algunas actitudes fuera de lo común; en realidad, se trataba de una mujer con las facultades mentales profundamente perturbadas, de quien provenía la aversión de mi paciente a las mujeres en general. Su infancia había sido difícil, entre una madre que lo aterrorizaba y un padre que huía de sus locuras dejándolo a su merced. El análisis de este trauma temprano fue posible gracias a las funciones defensivas y libidinales de su **reacción terapéutica negativa**: desmentir las espantosas percepciones de su madre, transferidas en esta ocasión sobre el analista.*

Interesante caso, e interesante trabajo del analista que soporta una transferencia tan insoportable como firme. El criterio con el que Renik aplica a este caso la noción RTN difiere absolutamente respecto de la versión original: la única situación sorpresiva o paradójica para el analista es aquella en la que el paciente lo disculpa por una falla técnica, en un sentido opuesto por el vértice a la descripción de una genuina RTN. Queda claro que Renik llama RTN al malestar transferencial que se impone contra toda “prueba de realidad” (el dramático episodio nocturno así lo demuestra), y a la escasa remisión sintomática que logra al cabo de años de tratamiento. Como él mismo lo reconoce, este sujeto sin nombre es un paciente ingrato y difícil, desesperadamente aferrado a su análisis. Como él mismo lo reconoce, el analista se encuentra frente a uno de los “grandes batallones” que Freud menciona al final de su obra, cuando la prudencia (si no el escepticismo) ha venido a tomar el lugar del entusiasmo con el que había presentado las virtudes terapéuticas del psicoanálisis.

### **La sombra de Narciso**

Catherine Chabert publica en 1991 *L'ombre de Narcisse: à propos de la réaction thérapeutique négative*, donde formula una hipótesis y presenta un caso clínico a modo de verificación.

La RTN se produce como **situación extrema en los procesos analíticos donde la técnica clásica se aplica al tratamiento de problemáticas narcisistas**. La dimensión *terapéutica* de la cura es fuertemente cuestionada, ocupando por ello el centro de la atención del analista.

Hanna tenía treinta años pero parecía una niña obesa: desaliñada, incómoda en un cuerpo informe, envuelta en ropa grande y descolorida. Estaba casada y tenía dos hijos. Se

veía sin porvenir, su vida iba sin rumbo. Decidida a separarse del marido que la maltrataba, quería sacarse de encima una angustia lacerante: creía ser una “mala madre”. De adolescente había emprendido una psicoterapia que le había permitido terminar el bachillerato y casarse. Ahora, todo se desmoronaba: no podía terminar la Universidad y su matrimonio se deshacía en violencia de palabras y de golpes. Sus dos embarazos la habían hecho feliz pero después de tener a su segunda hija había caído en una cotidianeidad sombría y desesperanzada. El alcohol era el único remedio para su tedio melancólico. No había tenido una infancia feliz: primogénita, pensaba que no había logrado satisfacer a su madre ya que muy rápidamente ésta tuvo tres varones que, con su brillante vitalidad, la ocuparon por completo. Perdida en esa multitud fraterna masculina, Hanna recurrió a su padre: un hombre ausente y excitante, celosamente guardado por una esposa sensual y seductora, que (no obstante) pudo atender satisfactoriamente los requerimientos de su hija: la defendió cuando hizo falta y le procuró todo el entretenimiento posible.

Hanna deseaba, pues, comenzar un análisis. La analista pensó que el encuadre clásico (tres sesiones semanales, asociación libre y análisis de los sueños) era la condición más favorable para un trabajo psíquico que le permitiera a esta joven mujer construir una historia que sintiera propia.

Hanna concurría regularmente a sus sesiones: las usaba como “libro de quejas” infinito, monótono e inmovible. Consumía su sesión en un relato detallado e hiperrealista de sus miserias cotidianas, y al cabo de los 45’ se interrumpía para retomar el hilo la vez siguiente, exactamente en el mismo punto. *Curiosamente* –dice la analista- *no me aburría, tal vez porque la letanía de su discurso era regularmente perforada por la emergencia de imágenes brutales donde la crudeza y el realismo visual venían a representar la sórdida realidad de su vida en un exceso casi alucinatorio.* La analista prestaba mucha atención al decir de su paciente: lejos de considerarlo indicador de pensamiento operatorio, pensaba que Hanna le estaba mostrando su mundo interno. También los sueños revelaban la pobreza de su vida: Hanna se deslizaba –como ella misma decía- *fundida en la sombra triste y desabrida de sus días.* Paralelamente a este universo vacío, ella dejaba escapar (como al descuido) destellos (rápidamente opacados) de un tesoro escondido que se empeñaba en mantener oculto: evocaba furtivamente la vida brillante de su familia acompañando los altos cargos públicos de su padre, peleaba con su madre por los baúles donde se guardaba el ajuar de casamiento (cristales, porcelana fina, platería), no quería usar las joyas regalo de su padre (salvo para concurrir a sesión!) porque creía que se las iban a robar. La analista veía en Hanna una

princesa ignorada, una Cenicienta sin sueños, y se preguntaba si el análisis le permitiría algún día reconocer todas las posibilidades que escondía en lo profundo de su ser y sacarlas a la luz.

A lo largo de los años de tratamiento, su analista sentía que –para su paciente- no tenía existencia propia: de alguna manera, Hanna la había incorporado a su ser, trazando entre ellas y el mundo exterior una barrera continua, consolidada por la masividad de sus proyecciones persecutorias. Este estado transferencial se verificaba en el pequeño espacio del que disponía la analista para pensar o interpretar, y en la inmediata reacción de Hanna ante sus raras intervenciones: desaparecían instantáneamente los síntomas somáticos. Magia de las palabras? Hanna incorporaba las palabras de su analista haciéndolas suyas, borrando las diferencias entre ambas. La analista debía permanecer inmóvil, silenciosa, inexistente...para que Hanna pudiese continuar su monólogo: la interminable letanía de sus penas, sin pausa, sin respiro, sin descanso.

Al cabo del tiempo, la analista se preguntó seriamente si era pertinente el psicoanálisis para el caso de Hanna, a quien diagnosticaba ya como una personalidad “as if” (Helen Deutsch). Pensó que una cura “cara a cara” tal vez permitiría la puesta en juego de una relación obligadamente interactiva, donde la mímica gestual y los movimientos posturales operasen como soporte perceptual de una realidad existente más allá del mundo interno de su paciente. En el inicio de su análisis, Hanna afirmaba que ella no existía para su familia, que no había lugar para ella, y argumentaba como prueba que en las fotos familiares ella no aparecía entre sus padres y sus hermanos. El dispositivo tradicional del psicoanálisis (el diván), no había contribuído a repetir y confirmar esa condición de no-existencia?

Hubo cambios en la vida de Hanna: se separó de su marido, aprobó sus exámenes y obtuvo su diploma, se mudó a un apartamento más amplio y confortable...todo relatado en el mismo tono descalificadorio y despectivo de siempre. Pero la analista vio, súbitamente, que Hanna había cambiado: era ahora una joven mujer bien vestida, maquillada, bonita. ¡Una transformación radical! Pero era una transformación que la analista sólo podía percibir si *miraba* a Hanna; si únicamente la *escuchaba*, el discurso era tan sombrío como siempre.

Las marcas de la transferencia, que comenzaron a impregnar a Hanna de un modo singular, en forma de impresiones sensoriales cada vez más fuertes, constituyeron las premisas (la analista comprendió tarde las señales) de la *reacción terapéutica negativa* que se preparaba. La paciente sentía el perfume de su analista por todas partes, sentía el ruido de tijeras cortando en sesión y pensaba que su analista se dedicaba a la costura, recostada en el diván sentía violentos deseos de orinar que aguantaba hasta retornar a su casa. La analista piensa que esas marcas sensoriales (y sensuales) de su presencia viva descartaban toda

ingerencia de lo visual, como si la invisibilidad propia del encuadre analítico entrañase la sobreinvertidura de las otras modalidades sensoriales. La RTN se instaura en un contexto manifiestamente significativo en cuanto a los efectos eventualmente positivos del análisis: a los 35 años Hanna consigue un empleo correspondiente a su diploma universitario, deja de estar económicamente sostenida por su padre, y tiene un amante. En el análisis, Hanna se hunde en un sistema de negatividad extrema: se sentía incapaz de vivir, incapaz de existir. Sus quejas se amplifican violentamente: mientras grita su desesperación, se agita frenéticamente en el diván frotando sus piernas una contra otra en un movimiento inequívocamente masturbatorio. Este comportamiento tenía un valor plural: exhibicionista, demandaba la mirada de la analista mediante una seducción excitante; autoerótico, la excluía de su campo representacional denotando el deseo de satisfacerse por sí misma; discordante, asociaba la excitación sexual a la letanía de propósitos suicidas y melancólicos; masoquista, ofrecía la puesta en acto de una fantasía donde la analista ocupaba el lugar de un verdugo implacable; sádico, asignaba a la analista un rol de espectadora maltratada e impotente. Entretanto, más allá de esa polisemia, el empeño inconciente de Hanna iba esencialmente dirigido a desanimar a su analista: rehusaba confrontarse al reconocimiento de los afectos de una transferencia homosexual, instrumentando una mortificación que anulaba su existencia como ser deseante. Al declamar repetitivamente una identidad de robot mecánico, frío e intercambiable, también evitaba comprometerse en una transferencia negativa, porque aceptar la comprobación del odio hacia la analista necesariamente la conduciría a admitir el amor de transferencia.

Catherine Chabert nomina RTN al episodio relatado por tratarse de un fenómeno paradójal en el contexto de una transformación real externa, pero considera que más allá de la culpa, una problemática narcisista subtiende la reacción terapéutica negativa. La apuesta de la RTN es que la relación analítica resulte estéril, rehusando el reconocimiento de sus efectos positivos. Acción/pasión es el par de opuestos al que la RTN refiere: reacción a la acción del analista. Propone una *coalescencia de narcisismo y sexualidad en la **relación*** [la negrita es mía] *terapéutica negativa*. Y termina el artículo dándole la palabra a su paciente Hanna: *He tenido un sueño sorprendente, la otra noche, después de la sesión. Era un sueño claro. Es la primera vez que me pasa. Yo estaba en una especie de desierto, pero muy bello y tranquilo. Me encontraba a la entrada de una tienda. Debía ser la mañana temprano, todavía había reflejos dorados en la arena. Me sentía muy sola y tenía miedo... Me volví hacia el interior de la tienda: había alguien acostado sobre una manta blanca, una mujer, sin duda. Me dormí a su lado. Y agregó: el color y la textura de la manta eran los mismos de su diván.*

La poética de esta clínica encierra una observación suspicaz bajo la forma de un *lapsus*: Chabert nos relata una **relación terapéutica negativa** (no está aclarado que la autora proponga manifiestamente esa denominación como sustituto de RTN). Está claro que los caracteres originales de la noción que nos ocupa están ausentes de esta descripción, aún cuando la autora los cite para legitimar su argumento. El episodio transferencial relatado es la más bella descripción de una pasión analítica consumada en el encuadre más clásico y ortodoxo. ¿Es legítimo llamar RTN a la pasión transferencial de Hanna? No es legítimo; ni siquiera es necesario. Catherine Chabert trabaja bien, se cuestiona bien (cuando se pregunta por la conveniencia del encuadre tradicional), testimonia bien. ¿Por qué recurre a la noción RTN para dar cuenta de un avatar de repetición en un tratamiento difícil, llevado a buen término por su dirección inteligente y comprometida?

### *Sobre reacciones terapéuticas negativas y positivas*

En 1992 **Jorge Luis Maldonado** publica un artículo así titulado en la Revista Psicoanálisis ApdeBA. Psicoanalista de vasta y reconocida experiencia en Buenos Aires, Maldonado se suma al comentario frecuente sobre la extensión y difusión alcanzadas por la noción RTN, puntualizando que llega a perderse de vista el par de **factores definitorios** establecidos por Freud: **efecto sorpresivo** y **secuencia paradójal** (progreso-retroceso). Se hace necesario, entonces, restablecer la diferencia entre RTN típica (versión original, Freud, 1923) y otros diversos factores que pueden perturbar el curso de un proceso analítico:

- perturbaciones caracterológicas que pueden ser pronosticadas a partir del diagnóstico inicial, cuya gravedad se expresa como resistencia incoercible

- cuadros crónicos de estancamiento del proceso analítico que configuran el impasse psicoanalítico

- ciertas formas de transferencia negativa manifiesta, que constituyen reacciones terapéuticas positivas pseudonegativas en la medida en que la evolución del proceso permanece preservada.

Maldonado presenta dos casos clínicos para ejemplificar dichas diferenciaciones:

La Sra. A transita el 5º año de un análisis caracterizado por períodos de estancamiento en los que pasa meses quejándose reiterada y tenazmente de personas y circunstancias de su vida cotidiana. Comienza una semana quejándose del sometimiento que significa para ella tener que concurrir a 4 sesiones semanales con horario fijo, manifestando signos de una transferencia negativa que se reconduce interpretativamente a la relación de sometimiento que tiene con su marido, y a su tendencia a someterse. La semana de análisis concluye con

disminución de los signos de ansiedad, alivio y reconocimiento de la paciente (y del analista) por la labor analítica. Pero el fenómeno paradójal [¿?] se presenta cuando la paciente inicia la semana siguiente anunciando que interrumpirá el tratamiento: permanece en silencio, rechaza las interpretaciones del analista, llega tarde a las dos sesiones siguientes. *Todo parece indicar que se ha desencadenado una RTN de consecuencias imprevisibles e inevitables por parte del analista.* Pero, sorprendentemente, [para el analista, agrego yo] la paciente inicia la cuarta y última sesión de la semana diciendo: *Por suerte la intervención quirúrgica que le hicieron ayer a papá resultó exitosa; hablé después con el cirujano y me dijo que todo estaba bien.* La Sra. A no había mencionado el asunto en sesión, a pesar de estar sumamente preocupada desde muchos días atrás por la avanzada edad de su padre y el riesgo que la cirugía conllevaba. El analista interpreta como signo de transferencia negativa haber silenciado, en sesión, este acontecimiento angustiante y se alivia al concluir exitosamente una semana más del análisis de la Sra. A.

Maldonado dice que este caso podría pensarse como reacción terapéutica negativa por sus características de negatividad, pero considera que la RTN debe ser diferenciada de la transferencia negativa y que ésta a su vez puede ser considerada como factor que constituye y forma parte de una reacción terapéutica positiva. La paciente había puesto en acto durante las 3 primeras sesiones de la semana una fantasía de castración hacia su analista-padre, pero algo determinó que esa fantasía se transformara en intervención quirúrgica exitosa. La rivalidad fálica con el pene del padre, bajo el signo de la hostilidad, adquiere expresión transferencial en la amenaza de abandono del tratamiento. Por efecto del diálogo analítico, esa respuesta aparentemente paradójal de la Sra. A consiste en una reacción terapéutica positiva pseudonegativa ya que el proceso analítico continúa, iniciándose un nuevo ciclo de cambio psíquico a partir del insight logrado. No corresponde, concluye Maldonado, aplicar la noción RTN en este caso.

El análisis del Sr. B (segundo caso presentado por J.L.M.) avanzaba muy lentamente por razones inherentes a la magnitud de las resistencias que oponía al desarrollo del proceso. Cuando, en ciertas oportunidades, la resistencia podía ser vulnerada y se alcanzaban momentos de colaboración e insight, éstos eran inevitablemente sucedidos por actuaciones de diversa índole: ausencias sistemáticas a las siguientes sesiones de análisis, periódica sustracción ilegal de importantes sumas de dinero de una sociedad comercial, accidentes de tránsito de gravedad variable debidos a la altísima velocidad a la que conducía su automóvil al salir de sesión. Maldonado aplica la noción RTN a estos episodios, interpretándolos como *respuesta adversa no sólo al beneficio logrado o al analista que lo otorga, sino también como*

*reacción ante la separación del fin de semana* (el análisis también se llevaba a cabo, como en el caso anterior, con una frecuencia de 4 sesiones semanales). *La reacción terapéutica negativa* (del Sr. B) *estaba directamente vinculada a una imposibilidad de elaborar su ansiedad de separación, poniendo así en evidencia una secuencia distinta de progreso-retroceso, cuyos términos son: unión-separación por una parte y reacción contra la separación, por otra.* Ese hombre había compartido la cama con su madre durante una buena parte de su infancia, mientras su padre residía en otra ciudad por razones de trabajo; el analista se pregunta cómo debe ser entendido este acontecimiento en su historia y aventura la hipótesis de una falla en la función interdictora del padre. Los síntomas del Sr. B fueron desapareciendo a lo largo de los 12 años de duración de su análisis con Maldonado, no sin antes sufrir un recrudecimiento transitorio cuando se fijó la fecha de terminación del tratamiento. El Sr. B repitió las actuaciones que realizaba con su auto, 6 años después de haberlas superado por completo, 4 meses antes de finalizar su análisis, pero hay que decir que el período final de su análisis coincidió con un duelo extremo: la muerte súbita de su pequeño hijo. Recibió la noticia mientras se encontraba en otra ciudad y regresó acompañado por un amigo y su propio padre, lanzando su auto a velocidad extrema y sintiendo en cierto momento el deseo de estrellarse contra un camión que circulaba en sentido contrario. No obstante, el paciente mismo reconoce: *ya no soy más el loquito que manejaba a esa velocidad, hubo un cambio grande.* Maldonado comenta que en el material verbal existen elementos indicadores de una modificación en el mundo interno del paciente. En su opinión, el Sr. B desarrolló y también modificó una RTN.

Es interesante analizar el uso de la noción que hace Maldonado en este caso: incurre en la licencia de reemplazar la secuencia paradójica establecida en la versión original por otra que sólo tiene en común con aquélla el carácter secuencial, y nombra RTN a una serie de actuaciones (*acting out*) expectables desde el diagnóstico inicial explicitado en el primer párrafo del caso. Es decir: hace exactamente lo que, en la primera parte del artículo, había recomendado evitar.

## II. 5: Cambio de milenio

Finalizando el siglo XX y a comienzos del XXI, la reacción terapéutica negativa sigue dando que hablar y escribir.

**María Cristina Ashworth**, en 1994, en Venezuela, afirma que *muchos analistas utilizan este concepto para designar toda resistencia a la cura, con lo que yo* (Ashworth) *no*



*estoy de acuerdo* [la negrita es mía]. Al mismo tiempo, en París, **Monique Gibeault** se pregunta *por qué un paciente reacciona negativamente a un tratamiento bien prescripto y correctamente conducido*.

**René Rousillon** escribe en Lyon, en 1995: *mientras que en la hora presente el concepto de reacción terapéutica negativa ha recibido una extensión que acaba por englobar a cualquier movimiento de agravación, y hasta incluye ciertos desarrollos de la transferencia negativa, no ocurre lo mismo en Freud cuando describe un proceso específico que es preciso recordar. Es el par mejoría/agravación paradójica el que constituye el fenómeno clínico de referencia*. El mismo año, también en Francia, **André Green** escribe que *no hay que confundir fracaso del tratamiento psicoanalítico con reacción terapéutica negativa*, comentando que desde *Análisis terminable e interminable* la noción ha sido objeto de reflexión incesante, y expresando un deseo: *nos gustaría disponer de una explicación que dé cuenta tanto de la no efectucción del análisis como de la reacción terapéutica negativa*.

**Agnès Oppenheimer** en París, en 1996, define la RTN como un *obstáculo narcisista*.

**Juan David Nasio**, entre París y Buenos Aires, escribe en 1998 que *la reacción terapéutica negativa es la expresión clínica de un fantasma sadomasoquista, o más bien de un fantasma masoquista a secas*, considerando el dolor como objeto de la pulsión sadomasoquista.

**Danielle Kaswin Bonfond** escribe en 2004, en París, que *la reacción terapéutica negativa podría ser entendida como manifestación paradigmática del proceso analítico, expresión manifiesta de fuerzas negativas en el origen (la trace) tanto de la transferencia como de la contratransferencia*.

**Elisabeth Leypold** expone ante psicoanalistas argentinos y brasileños, en 2008, que *si para Freud la RTN es un resto esencial, Lacan la radicaliza hasta hacer de ella el fondo de la existencia del sujeto*.

## **CAPÍTULO III: Reflexiones conclusivas**

### CAPÍTULO III: REFLEXIONES CONCLUSIVAS

En la Introducción a esta Tesis se explicita la hipótesis inicial: el uso abusivo y difusamente discriminado de la denominación Reacción Terapéutica Negativa (RTN) ha producido un deslizamiento de sentido (respecto de su connotación original) que tiene como consecuencia actual un déficit considerable en su valor nominativo, descriptivo y explicativo. Se recogían en ella opiniones vertidas al respecto por Joan Rivière (1935), David Rosenfeld y Carlos Schenquerman (1977), Norberto Marucco (1979), Jean-Baptiste Pontalis (1979), entre otros.

Esa hipótesis resulta observada al revisar los textos de Sigmund Freud en los que la RTN aparece mencionada o aludida. La recapitulación expresada en el punto 6 del Capítulo I permite concluir que la *connotación original* no es unívoca. Fueron presentados allí los problemas que se desprenden del deslizamiento de sentido que el mismo Freud produce al fundir progresivamente la sorprendente RTN introducida en 1923 con el insoslayable *Más allá...* que desplaza al principio de placer en la política psíquica, generando una compleja amplitud conceptual.

No obstante, se sostuvo aquella hipótesis como orientación general de la investigación bibliográfica expuesta en el capítulo II. El análisis del uso de la noción RTN en cada uno de los textos revisados arrojó resultados diferentes. Los artículos que discurren sobre la noción en sí misma critican su descrédito conceptual y proponen soluciones que van desde la acotación de sentido y aplicaciones hasta su abolición total. Los relatos clínicos testimonian tanto el uso discrecional como los consecuentes efectos de difusión de sentido de la RTN. En algunos casos, se trata sencillamente de la selección conveniente de una u otra acepción (dentro del catálogo freudiano), según la necesidad del autor. En otros, la aplicación de la RTN no se corresponde estrictamente con las fórmulas freudianas pero se justifica en el marco de alguna escuela psicoanalítica posterior. En unos pocos casos, se señaló que el uso de la RTN no estaba suficientemente justificado y debía considerarse conceptualmente incorrecto.

Nos encontramos, pues, en una situación comprometida. La hipótesis podría considerarse tanto cumplida como inválida. Si bien se verifica que la discrecionalidad en el uso de la noción RTN ha desvirtuado sus propiedades conceptuales, también se comprueba que la connotación original no es unívoca, de modo que la controversia ulterior bien podría derivar (en última instancia) de ese problema inicial. La hipótesis, entonces, no habría sido correctamente formulada ya que la supuesta *connotación original* admite más de un sentido.

Sin embargo, cuando (desde Joan Rivière hasta J-B. Pontalis) se insiste en afirmar críticamente que la RTN se usa **en un sentido muy diferente** [la negrita es mía] al establecido por Freud, el problema queda situado en una dimensión que excede la estricta discusión conceptual.

Freud llamó **Reacción Terapéutica Negativa** a ciertos hechos clínicos que lo obligaron no sólo a producir nueva teoría sino a expresar reserva respecto de las propiedades terapéuticas del psicoanálisis, tal como habían sido concebidas en el marco del principio de placer como legalidad psíquica primordial. Hice notar en el capítulo I (I.4 y I.5) la honestidad intelectual de Sigmund Freud al reconocer las limitaciones de la técnica psicoanalítica enmarcada en el *Más allá del principio de placer*. La RTN es el significante de un límite inherente (no accidental) a la práctica original del psicoanálisis, al punto tal que su inventor recomienda no menospreciarla a pesar de ello pues *por ahora no poseemos nada mejor*.

Paradójicamente, el punto de máxima controversia respecto de la noción RTN se sitúa (con posterioridad a Freud) en la posibilidad de un uso intelectualmente deshonesto por parte de los psicoanalistas. La insistencia en establecer los alcances precisos de este concepto se soporta en la preocupación que puede leerse entrelíneas en algunos de los textos relevados en el capítulo II. Horacio Etchegoyen afirma (1986) que *la utilización demasiado generosa de este concepto [RTN] conlleva el peligro de reforzar nuestra omnipotencia*. Eva Reichenstein refiere (1981) que para algunos psicoanalistas chilenos *la RTN no existe y es sólo la justificación de una mala técnica*. J-B. Pontalis sostiene (1979) que *el final de los análisis considerados como fracasos será mejor entendido en relación con las particularidades de la transferencia y de la contratransferencia –hipótesis que a menudo es confirmada por un segundo análisis– que como reacción terapéutica negativa*. Carlos Schenquerman asegura (1990) que *los psicoanalistas ya casi no hablan de la RTN salvo para explicar o, peor aún, justificar algún fracaso terapéutico generalmente atribuido al analizante*.

En paralelo, algunos otros textos indican el peso de la transferencia-contratransferencia en el desencadenamiento de una RTN. Willy y Madeleine Baranger (1982) entienden que *en menor o mayor grado (hasta una verdadera psicosis de transferencia-contratransferencia) el analista se encuentra involucrado como participante activo en todos los fenómenos que se manifiestan como obstáculos graves al proceso analítico*. Norberto Marucco (1979) subraya el deseo del analista (aún el deseo de curación) en la emergencia y procesamiento de la RTN. En la experiencia clínica de Pontalis (1979) *los pacientes más refractarios al movimiento del análisis son aquellos que invisten con mayor intensidad la*

*relación analítica en su realidad instituida y al analista en su actualidad.* Para Norberto Schenquerman (1991) la RTN es *adicción de contratransferencia*. Tanto Marucco (1979) como Jorge Luis Maldonado (1992) proponen llamar *reacción terapéutica positiva* (contrapunto de RTN) aquellos casos en que un analizante resiste una intervención del analista, formulada desde una contratransferencia inapropiada. Afirmamos en el apartado *Los Schenquerman en los '90* del capítulo II que para estos autores (Carlos y Norberto S.) *el psicoanalista es partícipe, cómplice y artífice de la RTN de un analizante.*

La referencia más o menos explícita al narcisismo del analista se encuentra, asimismo, en varios lugares de la biblioteca citada en el capítulo II. Joan Rivière reconocía en 1935 que *una transferencia falsa y traicionera es un golpe grande para nuestro narcisismo*. Lacan recomendaba en 1948 *evitar que la intención agresiva del paciente* (bajo la forma de *resistencia del amor propio*) *encuentre el apoyo de una idea actual de nuestra persona*. Marucco descarta en 1979 la posibilidad de un analista sin deseo, pero considera factible y decididamente importante una condenación conciente de éste, afirmando que *si en el analista, en lugar de juicio de condenación hay narcisismo, habrá una RTN del analizante*. Pontalis considera que la RTN merece ser reconocida como una resistencia (en sentido heroico) del paciente frente al analista que, cual madre irresistible, quiere su bien.

Como dice la cita que encabeza la Introducción: *la terminología puede convertirse en peligro de muerte para una disciplina si no se la emplea únicamente para designar relaciones sino también para servir de pantalla a una insuficiencia de comprensión* (Rosenfeld y Schenquerman, 1977). Este es, precisamente, el estado de la noción RTN dentro de la red conceptual del psicoanálisis. Podría decirse que estamos en el mismo punto que Freud dejó abierto en 1923 cuando señaló que *ciertos hechos clínicos... así nominados, aún aguardan su procesamiento en la teoría*, pero esta coincidencia es sólo aparente. La *insuficiencia de comprensión* que se refiere en 1977 no es la de 1923: entre una y otra fecha, la teoría psicoanalítica ha procesado diversamente los avatares de la cura. Se trata, más bien, de las reflexiones citadas en los párrafos inmediatamente anteriores.

El mismo Freud usó escasamente la noción RTN después de 1923, aún cuando hasta en sus últimos escritos subrayó su significado en la clínica: la pulsión de muerte jugando en la escena transferencial sus cartas inconfundibles. Acuñada para designar el comportamiento *extrañísimo* [Freud, 1923] de algunas personas en tratamiento, la noción perdió vigor y valor a partir del momento en que *los batallones más fuertes* [Freud, 1937], es decir: el goce pulsional, fueron admitidos en la *experiencia cotidiana* de la práctica del psicoanálisis. La

razón de su rescate y uso posterior debe buscarse en la aptitud particular de esta noción para dar razón a una cantidad de problemas atinentes a la técnica psicoanalítica. En cada uno de los testimonios citados en el capítulo II expresé mi opinión respecto del evento que ameritaba para ese autor invocar la RTN.

### **A modo de conclusión final**

Considero cumplida la hipótesis de esta Tesis, y a modo de conclusión propongo un agregado a su texto inicial:

El uso abusivo y difusamente discriminado de la denominación Reacción Terapéutica Negativa (RTN) ha producido un deslizamiento de sentido (respecto de su connotación original) que tiene como consecuencia actual un déficit considerable en su valor nominativo, descriptivo y explicativo, **constituyéndose en riesgoso obstáculo para el progreso científico del psicoanálisis.**

**BIBLIOGRAFÍA**

- Ashworth, María Cristina: "Controversias acerca del trabajo transferencial" *Trópicos. Revista de Psicoanálisis*. Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas, Caracas, 1994
- Baranger, Madeleine de; Baranger, Willy; Mom, Jorge: "Proceso y no proceso en el trabajo analítico". *Revista de psicoanálisis*. Tomo 39, N°4. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1982.
- Bonasia, Emanuele: "Separation et angoisse du mort". *Revue française de psychanalyse*. Tome 56. Presses Universitaires de France, París, 1992
- Brandchaft, Bernard: "El negativismo de la reacción terapéutica negativa y la psicología del self". *El self en la teoría y en la práctica*. Paidós, Buenos Aires, 1999
- Cesio, Fidas R.: "La reacción terapéutica negativa: actualizaciones". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 15, N°3, 1958
- \_\_\_\_\_ : "El letargo: una contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 17, N°1, 1960
- \_\_\_\_\_ : "Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 17, N°3, 1960
- Chabert, Catherine: "L'ombre de Narcisse...propos de la reaction therapeutique negative". *Revue française de psychanalyse*. Tome 55, N° 2. Presse Universitaires de France, París, 1991
- Cornier, Jacqueline: "Theories de la reaction therapeutique negative". *Revue française de psychanalyse*. Tome 13, pte. 2-3, 1990
- Etchegoyen. Horacio; Klimovsky, Gregorio: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986
- Freud, Sigmund (1925[1923]): "El yo y el ello". *Obras completas*. Tomo XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1979
- \_\_\_\_\_ (1924): "El problema económico del masoquismo". *Obras completas*. Tomo XIX
- \_\_\_\_\_ (1926[1925]): "Inhibición, síntoma y angustia". *Obras completas*. Tomo XX
- \_\_\_\_\_ (1937): "Análisis terminable e interminable". *Obras completas*. Tomo XXIII

- \_\_\_\_\_ (1937): "Construcciones en el análisis". *Obras completas*. Tomo XXIII
- \_\_\_\_\_ (1940[1938]): "Esquema del psicoanálisis". *Obras completas*. Tomo XXIII
- Gibeault, Monique: "Perspectives: Refus et therapeutique; reflexion sur les Analyses dites interminables". *Revue francaise de psychanalyse*. Tome 58, N°4, 1994
- Green, André: *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu, Buenos Aires, 1995
- Guillaumin, Jean: "Quelqu'un veut guerir..." *Revue francaise de psychanalyse*. Tome 55, N°2, 1991
- Kaswin Bonnefond, Danielle: "La réaction thérapeutique négative et la trace" *Site Internet de la Société Psychanalytique de Paris*. 2004
- Kernberg, Otto: *Trastornos graves de la personalidad; estrategias terapéuticas*. El Manual Moderno, México, 1987
- Klein, Melanie: "Envidia y gratitud". *Obras completas*. Paidós, Buenos Aires, 1976
- Lacan, Jacques: "La agresividad en psicoanálisis". *Escritos I*. Siglo Veintiuno, México, 1984
- Levy, Joshua: "A particular kind of negative therapeutic reaction based on Freud's 'Borrowed guilt'. *The International Journal of Psycho-Analysis*. Vol. 63, pte. 3. The Institute of Psycho-Analysis, Bailliere & Tindall, London, 1982
- Maldonado, Jorge Luis: "Sobre reacciones terapéuticas positivas y negativas". *Psicoanálisis*. Vol. 14, N°2. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires, 1992
- Marucco, Norberto: "Para la teoría de una resistencia 'final' (Reacción Terapéutica Negativa o 'necesidad de enfermar?'); algo más sobre estructura narcisista". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 36, N°4, 1979
- Nasio, Juan David: *El libro del dolor y del amor*. Gedisa, Barcelona, 1998
- Olivé, León y Pérez Ransanz, Ana Rosa: *Filosofía de la ciencia: teoría y Observación*. Siglo veintiuno editores. Buenos Aires
- Oppenheimer, Agnes: "L'amour: condition de la cure?" *Revue Francaise de Psychanalyse*. Tome 60, N° 3, 1996



- \_\_\_\_\_ : "L'autre: objet ou fonction?" *Revue Francaise de Psychanalyse*. Tome 61, N° 2, 1997
- Pommier, Gerard: *El amor al revés; ensayo sobre la transferencia en Psicoanálisis*. Amorrortu, Buenos Aires, 1997
- Pontalis, Jean-Bertrand.: "No, dos veces no; intento de definición y dismantelamiento de la reacción terapéutica negativa". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 39, N°4, 1982
- Puget, Janine; Wender, Leonardo: "Psicoanálisis eternizados; una contribución al concepto de impasse". *Psicoanálisis*. Vol. 13, N°2, 1991
- Reichenstein, Eva: "Reacción terapéutica negativa". *Revista chilena de Psicoanálisis*. Vol. 3, N° ½. Asociación Psicoanalítica Chilena, Santiago, 1981
- Renik, Owen: "One kind of negative therapeutic reaction". *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 39, N°1. International Universities Press, Madison, 1991
- Rivière, Joan: "Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 7, N°1, 1949
- Rosenfeld, David; Schenquerman, Carlos: "Fracasos en el tratamiento Psicoanalítico; la reacción terapéutica negativa, guía clínica y técnica". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 34, N°3, 1977
- Rosenfeld, Herbert: *Impasse e interpretación*. Tecnipublicaciones, Madrid, 1990
- Roussillon, René: *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Amorrortu, Buenos Aires, 1995
- Schenquerman, Carlos: "Para ampliar los límites de la analizabilidad. Resistencia, resiliencia, reacción terapéutica negativa". *Trabajo del Psicoanálisis*. Lugar Edit., Buenos Aires, 1990
- Schenquerman, Norberto Edgardo: "Aportes al estudio de las resistencias al cambio psíquico en el psicoanalista". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo 48, N° 5 y 6, 1991
- Strauss, Laura Viviana: "Negative Therapeutische Reaktion: negative Therapeutische". *Zeitschrift fur psychoanalytische*. Van Gorcum, Niederlande, 1997