

REV. ESCANSION TOMO I AÑO 1984  
PSIC. CLINICA DE ADULTOS / GERONTES 1993

SOBRE LA REACCION TERAPEUTICA NEGATIVA

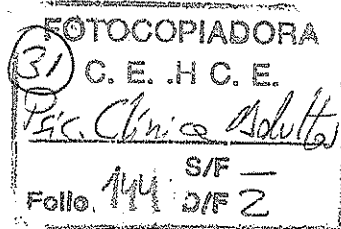
UNLP.

Serge Cottet

Voy a proponer cuatro observaciones sobre el concepto de reacción terapéutica negativa en Freud y en algunos de sus alumnos, con el objeto de afinar las guías clínicas del final de la cura y de sus obstáculos.

I. LA TRANSFERENCIA NEGATIVA

Se ha podido señalar que la hostilidad hacia la persona del psicoanalista, así como el rechazo de la regla de la asociación libre, interpelan al propio analista: ese lugar de semblante, ¿lo ocupa? Si por su parte el semblante mantiene las distancias entre dirección de la cura y dirección del paciente, la transferencia negativa es la imputación que se le hace al analista de querer corregir el deseo, de querer gobernarlo o someterlo. Puesto que el ideal de libertad parece estar en juego en todo este asunto, merece la pena recordar que la alienación del sujeto en la cura, que se da por el hecho mismo de que habla, produce en la transferencia el efecto imaginario que le da al sujeto algo que reivindica. Todos los autores han planteado una especie de protesta narcisista en la que el ideal fálico de no deberle nada a nadie conduce a la rivalidad con el médico. Freud señalaba como uno de los obstáculos para la cura la aversión "a llevar la carga de la gratitud". Por su parte Lacan invocaba en 1948 en La Rochefoucauld para darle carta de nobleza a una actitud que interesa al orgullo de la criatura: "No puedo aceptar la idea de ser liberado por otro que por mí mismo".



El efecto imaginario de identificación con el médico, del que Abraham tomó nota en 1919, provenía directamente de la incidencia del discurso del amo en el análisis; de ahí a cargar en la cuenta del propio analista la responsabilidad de ese efecto, había un paso, que Lacan no tardó mucho en dar con su crítica de la interpretación de ego a ego. Si por una parte hay una técnica que puede producir artificialmente el amor, el amor de transferencia, por otra parte está una técnica distinta de aquélla, que engendra principalmente la transferencia negativa cuando el analista se identifica con el sujeto-supuesto-saber; o, dicho de otro modo, cuando instala el discurso del amo en la cura. A partir de ese momento la identificación con el analista es insoslayable y viene acompañada con todos los efectos de tipo paranoico con dirección flotante, y que van de la agresividad al *acting-out*...

El analista está incluido de tal modo en el síntoma, y éste está de tal modo asociado al deseo supuesto del analista, que no podríamos hablar de la resistencia de uno sin hablar de la del otro. Las recientes publicaciones norteamericanas confirman esto que venimos diciendo: el analista que, tal y como lo hace Kernberg, define las personalidades narcisistas a partir de la resistencia al tratamiento, indica más bien una de las vueltas que sufre la transferencia por el hecho mismo de ser interpretada, y por lo tanto tiene mucho que ver con la operación del analista que la interpreta. Es por eso que la tendencia a desvalorar al analista y el "deseo de arrebatarle su interpretación" no conllevan ninguna estructura clínica.

## 2. LA REACCION TERAPEUTICA NEGATIVA

Bien diferente es la reacción terapéutica negativa.

Aislada por Freud en 1923 en los *Essais de psychanalyse*,\* la reacción terapéutica negativa es separada de la transferencia nega-

\* Con este título se han publicado conjuntamente en francés las obras *Más allá del principio del placer*, *Psicología de las masas y análisis del "yo"* y *El "yo" y el "ello"*. Cf. este último ensayo en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974, vol. VII, pág. 2722. [T.]

tiva; el rechazo de la curación se desmarca de la crítica del sujeto-supuesto-saber. Freud determina tres modos de rechazo: "la inaccesibilidad narcisista, la conducta negativa para con el médico y el beneficio de la enfermedad". Si la primera caracteriza una resistencia de lo imaginario y la segunda la del inconsciente, la categoría que se impone para la tercera es la de lo real. Esta categoría es precisamente la que ocupará enseguida todo el terreno y la que va a justificar el pesimismo freudiano: rebelde a la interpretación, rebelde a cualquier trabajo, cerrado a cualquier posible dialéctica, lo real es la manifestación más clínica de la pulsión de muerte, la extinción de la significación fálica. Y, tanto como eso, ese beneficio de la enfermedad resulta ser un hapax, pues es beneficio de nada; es el beneficio de la no curación el que es abonado a la cuenta de la necesidad de castigo. Para aquel que paga con sus síntomas el precio de su culpabilidad, la curación es un peligro. Pero ese cálculo de los placeres deja un residuo; el superyó, nunca satisfecho, siempre pide y vuelve a pedir más, cada vez más. Es como un insaciable Moloc ávido de carne, cuya guía obscena rebaja al sujeto. De este modo, la resistencia del superyó es la *más oscura* para Freud, quien la describe en *Inhibición, síntoma y angustia*. En efecto, a medida que va avanzando el tratamiento, va insistiendo el síntoma, y el sujeto cae enfermo si se interrumpe el tratamiento. Y sin embargo, la ferocidad superyoica no es lo único que está en juego.

El sadismo del superyó y el masoquismo del yo, esa célebre pareja de la segunda tópica, no es la pura y simple interiorización del goce del padre. Freud admite que una parte irreductible de la pulsión de muerte no está vinculada con el superyó: un goce desvinculado de toda instancia psíquica es lo que para Freud define el goce de la autodestrucción en la pulsión de muerte.

Ese resto, "vinculado no sabemos adónde", hace que el lugar de ese goce sea "oscuro" *dunkelste*<sup>1</sup>, que ese goce no tenga fiador en el inconsciente. En cualquier caso, las consecuencias para la cura son totalmente distintas que las de la transferencia negativa: el análisis dura, no se concluye; mientras que la transferencia

<sup>1</sup> Véase *Hemmung, Symptom und Angst*.

negativa, que implica una pérdida de confianza en el SsS, se salda a menudo con el pasaje al acto.

Ahí estaría más que nada la inhibición o, como dice Freud, la autoinhibición de la cura: el paciente no puede dejarla. El automatismo de repetición efectúa ahora la transferencia de los síntomas a la propia sesión.

Esto de ninguna manera implica que el paciente le tenga ojeriza a su analista; todo lo contrario, éste le cae muy bien, y por mucho tiempo...

En cierto sentido, es incluso la ausencia de odio lo que caracteriza a esta reacción. Los kleinianos lo entrevieron cuando tomaban el modelo del duelo imposible como paradigma de la reacción terapéutica negativa. Se trataría del amor al objeto interno *behind the guilt*,<sup>2</sup> detrás de la culpabilidad, amor mortífero que no se proyecta sobre ningún objeto externo: de ahí una técnica que promueve la proyección en el analista de la ambivalencia, con el proceso de idealización y de desidealización que eso lleva consigo. Se trata en suma de un duelo experimental.

### 3. LA SESION COMO PLUS-DE-GOCE

¿Y si el psicoanálisis hubiese inventado un nuevo tipo de goce?

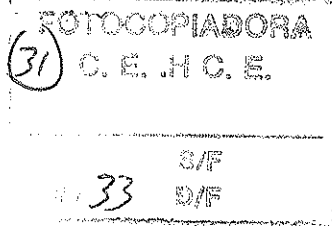
Si el paciente viene a gozar ahí y no a otro sitio, existe el riesgo de que el psicoanálisis conduzca a la puesta en acto de la sublimación, a que la sesión sea como el goce interdicto, el goce que debería haber:

- goce obsesivo, dispuesto a menudo por el propio analista. En 1918 Freud lo observaba para prestar oídos a los preceptos de la primera técnica activa de Ferenczi.

- goce histérico también en el sacrificio mismo y en la privación; goce de esa nonada inigualable.

No cabe duda de que esta salida, cuando ocurre, no podría dejar al analista en la inocencia, pues éste, mediante su incita-

<sup>2</sup> Véase Joan Rivière, "A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction", *I.J.P.*, XVII.



ción, desencadena el goce propio del blabláblá. Hay quien saca de eso la conclusión de que quedaba la sesión corta como medio irrefrenable de poner en jaque esa perversión: gozar del lenguaje el menor tiempo posible... Eso era tanto como no ver que la responsabilidad del analista en este caso particular consiste más bien en hacerlo de tal modo que, de ese goce, él encarne su semblante. No menos que eso, pero tampoco más que eso, para que el goce en cuestión esté en el bando de un objeto que sea causa de ese mismo goce: tan cierto es, que un goce sin objeto *a* le da a la práctica analítica la vocación de una mística.

Pero que la cura venga a ser ella misma compulsión, *Zwang-analyse*, como dice Freud, por el hecho mismo del goce propio del dispositivo, ésa es la astucia que el discurso analítico permite. El poder de la nonada como objeto toma el valor de un ideal y la sesión como corte causa por ella misma el deseo de volver; es lo imposible de la separación en su repetición lo que acompaña a la interpretación al infinito.

### 4. EL AMOR DEL VINCULO

¿Cómo dar cuenta ahora del desplazamiento de acento que nos hace pasar de la pulsión de muerte de Freud como principio de lo negativo en la cura, al goce de la cura como tal?

Como ya tuvimos ocasión de verlo, el discurso analítico como vínculo de un nuevo tipo, pone al desnudo la función misma de todo vínculo: un dispositivo signifiante demuestra lo imposible del vínculo o el vínculo en tanto que imposible: en efecto, nada en la intersubjetividad podría perpetuar su estructura. A partir de ese momento son dos las posibles posiciones a adoptar; o, dicho de otro modo, hay dos maneras de colocarse en ese vínculo que está en el interior del discurso analítico: quedarse ahí durante el mayor tiempo posible, o bien llegar a ser analista. Es el medio que hay para consentir en lo imposible del consentimiento en lo imposible. Esta expresión me viene de Jean-Claude Milner, que define con ella la *bêtise*, la tontería, como modo de inscripción en lo imposible del vínculo.

Clínicamente, lo más ventajoso es plantear el problema en

los términos siguientes: se trata de dar cuenta, por medio de la estructura, de una constatación empírica observada con frecuencia: los que no se curan en el análisis se convierten en analistas; y puesto que nada prueba aún, antes de los resultados esperados de la *passé*, que el desenlace estándar sea la travesía del fantasma, tendríamos en la reacción terapéutica negativa las condiciones de un viraje subjetivo: el amor del vínculo, o bien eterniza la cura, o bien desata el pasaje al acto; a éste lo entiendo como acto analítico y no ya como salida del discurso.

Así se encuentra ilustrada una de las modalidades de viraje al análisis a partir del reverso de una disolución, la de la transferencia, y sobre la base de una resistencia a la curación por amor del vínculo. Que haya aquí un punto en el que tomaría su impulso un pasaje al analista no ofrece evidentemente ninguna garantía acerca de los resultados de la operación, ni constituye un criterio de exclusión. Lo que sí señala es una posibilidad: la de que el fin del análisis no sea sino el comienzo de otro.

Traducción de Julieta Sucre

IV

LA MUJER