

LO NEGATIVO EN TRANSFERENCIA. DESAFÍOS A LA CONSECUCCIÓN DEL TRATAMIENTO

*NEGATIVE ASPECTS OF TRANSFERENCE.
CHALLENGES IN TREATMENT ACCOMPLISHMENT
O NEGATIVO NA TRANSFERÊNCIA.
DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO*

Gabriela Pollak

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica
Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: gpollaks@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6906-5820

Recibido: 10/2/2022

Aceptado: 3/4/2022

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

POLLAK, G. (2022). Lo negativo en transferencia. Desafíos a la consecución del tratamiento. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 3(1), 95-115. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/e3.1.7

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

A partir de un material clínico donde hay un intento de interrupción del tratamiento, el presente trabajo propone visualizar los avatares transferenciales y las dificultades que se presentan a la hora de dar continuidad a un proceso psicoanalítico. Con el fin de aportar a la formación del psicoterapeuta, se realiza un recuento histórico que habilita el entrelazado teórico-clínico. Se trabajan conceptos como la transferencia negativa y la reacción terapéutica negativa desde Freud a autores históricamente significativos que aportaron a dicha conceptualización.

Se toma como central para el psicoterapeuta en formación el cambio en la técnica sobre todo con pacientes que rondan los márgenes de las neurosis.

Palabras clave: transferencia, transferencia negativa, reacción terapéutica negativa.

Abstract

Starting from a clinical material where there is an attempt to interrupt treatment, this paper proposes to visualize the transference vicissitudes and the difficulties that arise when giving continuity to a psychoanalytic process. In order to contribute to the training of the psychotherapist, a historical account is carried out, enabling a theoretical-clinical interweaving. Concepts such as negative transference and negative therapeutic reaction are presented, from Freud to other historically significant authors who have contributed to this conceptualization.

Changing techniques is considered key for the psychotherapist in training, especially with patients who hover on the margins of neurosis.

Keywords: transfer, negative transfer, negative therapeutic reaction.

Resumo

Partindo de um material clínico onde há uma tentativa de interrupção do tratamento, o presente trabalho se propõe dar visibilidade aos avatares da transferência e as dificuldades que surgem ao dar continuidade a um processo psicanalítico. A fim de contribuir para a formação do psicoterapeuta, é realizado um relato histórico, possibilitando um entrelaçamento teórico-clínico. Conceitos como transferência negativa e reação terapêutica negativa tem sido trabalhados desde Freud até autores historicamente significativos que contribuíram para tal conceituação.

A mudança de técnica é tida como central para o psicoterapeuta em formação, principalmente com pacientes à beira da neurose.

Palavras-chave: transferência, transferência negativa, reação terapêutica negativa.

... los tropiezos en el trabajo de historización corresponden a momentos decisivos de la vida del paciente, en los cuales tuvo que mutilar su propia historia al mismo tiempo que se mutilaba a sí mismo.

Madeleine Baranger (1992, p. 223)

«Gabriela, estoy pensando en si seguir yendo o no. Por lo pronto quiero dejar de ir por un tiempo. en la semana t llevo la plata. t aviso antes. Beso.» Este mensaje de texto fue enviado diez minutos antes de que comenzara la sesión del martes de esta paciente. A la hora que la espero, que es cuando lo leo, decido llamarla. No me atiende. Le dejo un mensaje de voz en el que le digo que no puede unilateralmente tomar una decisión así, que debemos hacerlo juntas, que tenemos que pensarlo, que la estoy esperando... Tres minutos después suena mi teléfono: es Mónica.¹ Me dice que pensaba llamarme. Que fundamentalmente es eso que me pone en el mensaje. Que ella ya lo pensó, no tiene que pensarlo conmigo. Le pido que nos reunamos a pensarlo juntas. Me dice que el viernes, que ese día no...

¿Por qué este mensaje, de esta forma y en este momento? ¿Qué se jugó en Mónica para que planteara interrumpir el tratamiento de forma intempestiva? Ciertamente, veníamos de dos sesiones afectivamente muy fuertes. En la primera, contó un sueño de apariencia bizarra, que logramos trabajar muy bien, cosa que a las dos nos sorprendió. En la sesión siguiente, mutiló lo logrado y negó la tarea al atribuir lo alcanzado a

¹ Todos los datos de la viñeta clínica han sido modificados y disfrazados para preservar la identidad del paciente.

sus amigas, actitud de la que nos ocupamos y consideramos de hostilidad hacia el tratamiento y lo que íbamos consiguiendo.

Por la modalidad relacional de Mónica, este mensaje no me sorprendió. El funcionamiento *de rápida acción e intempestivo* era habitual en ella y ha sido, de modo repetitivo, su modo de reaccionar. Se agrega, además, que dos semanas antes de todo este movimiento se había ido de la casa de su pareja actual sin avisarle, en momentos en que, por el ambiente transferencial, yo pensaba que estaba queriendo dejar el tratamiento. Hacía un mes y medio que yo me había mudado de consultorio y también eso había marcado un quiebre. Comenzaron a darse faltas, llegadas muy temprano —que la dejan afuera—, llegadas tarde... Proliferaron los mensajes de texto, a los que yo respondía con una llamada, ofreciéndole una sesión que le era difícil aceptar.

Mónica tiene poco más de veinte años. Hace un año y medio comenzó el tratamiento. En ese momento, parecía una chica de la calle. Pasaba semanas junto a un hombre treinta años mayor que ella. Era el hijo de la dueña del lugar donde ella trabajaba, en donde también a veces vivía. Mónica, activamente, se instalaba en vínculos en donde el maltrato imperaba, *le proponen y acepta* espacios de apariencia prestigiosa que caen rápidamente, lo cual da cuenta de lo siniestro de sus elecciones. Así, vivía casi de agregada en cualquier lado, sin lugar, topándose aceleradamente con situaciones de riesgo. En su discurso entrecortado y confuso habla de que los otros —nunca ella— se drogan, mienten y usan adictivamente sexo, sustancias y vínculos.

Sin embargo, Mónica solicitaba ayuda y parecía dispuesta a transitar un proceso terapéutico. En el correr de las entrevistas, cuenta de su infancia, de su familia, de su entorno primario. Es una chica *bien, de familia acomodada*; estudió en uno de los colegios de mayor prestigio y rigor en nuestro medio. Fue una niña modelo para sus padres y hermanos, estudiosa, responsable y prolija..., hasta los dieciséis años. En su discurso,

el medio familiar ciertamente era caótico, pero, aunque era disfuncional, mantenía cierto sostén. De todas formas, ella sentía enloquecer allí, dado que, en sus palabras, todos estaban locos.

En el año y medio de trabajo conjunto había modificado mucho su vida. Los cambios comenzaron a darse de modo sostenido. Retomó estudios universitarios; logró separarse —no sin dificultad— del hombre mayor con quien estaba vinculada; consiguió distanciarse de esa mujer-madre-jefa, que le resultaba muy perturbadora; retomó vínculos del pasado; y, en las últimas semanas, al separarse de un novio reciente, volvió a la casa paterna.

Muchos cambios. Se siente más tranquila y le dicen que está pausada..., estudia para los exámenes y los salva, dice estar en un buen momento de vínculo con su madre..., comienza a dar cuenta de sentimientos depresivos..., el conflicto parece ser más interno y le duele... Es probable que, en este movimiento, el espacio analítico —con un encuadre que comienza a delimitarse cada vez más firmemente— y, por lo tanto, el análisis, comiencen a resultar perturbadores.

Hasta aquí el material clínico. Ilustra una situación usual en un tratamiento que se aproxima a los dos años de trabajo consecuente y que ha obtenido logros visibles, tanto para la paciente como para la terapeuta. Sin embargo, este avance no logra ser tolerado y se plantea la interrupción. Me pregunto si estamos frente a una transferencia negativa o si se trata de transferencia de aspectos negativos, lo *enloquecedor* puesto en acto, actuado; lo negativo de Mónica escenificado, revivido en el vínculo, con el ambiente analítico y en transferencia conmigo. ¿Por qué y para qué? ¿Qué está pujando en Mónica, que mutila su posibilidad de continuar creciendo?

Lo que Freud denomina *transferencia negativa*, ¿es lo que en la actualidad se considera como tal? ¿Es este un modo de transferencia negativa?

¿Podemos hablar de una transferencia negativa sin considerar una contratransferencia también negativa? ¿Cómo en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico estos aspectos pueden surgir, resolverse o no? ¿Dependen de la profundidad con que el terapeuta ha logrado trabajar sus propios aspectos negativos?, ¿de la posibilidad de haber vivido lo negativo en su propio análisis de formación y haber salvado la situación?, ¿o es un problema actualizado en transferencia de la díada? ¿Es posible, con la práctica supervisada, superar las dificultades?, ¿o lo negativo se impone de modo radical e inexorable?

En primer lugar, intentaré rastrear el concepto de *transferencia negativa* en las obras de Freud, para luego observarlo en algunos otros autores que trabajaron el tema.

HISTORIZANDO

La transferencia en la cura aparece en la teoría freudiana muy tempranamente. Desde su primera alusión en 1895, surge el concepto de *falso enlace*. En 1904, habla de la naturaleza sexual de los sentimientos. Y hacia 1906, es considerada como un desplazamiento de afecto. Son años en que la transferencia aparece como un obstáculo que se opone al recuerdo. En ese sentido, es tomada como una resistencia y da cuenta de la proximidad del conflicto inconsciente.

En los escritos técnicos de Freud, que datan desde 1912 hasta 1918, que integran a su teoría el complejo de Edipo, la concepción de *transferencia* también se transforma: se define en consonancia con el Edipo positivo y negativo. El autor habla también de *transferencia positiva* y *negativa*; la primera se refiere a sentimientos de ternura y la segunda, a sentimientos hostiles.

Laplanche y Pontalis, en su *Diccionario de psicoanálisis* (1981), aportan la intelección de una contradicción en la teorización freudiana de la

primera época. Por un lado, la transferencia sería una resistencia en relación con el recuerdo verbalizado, pero también es

un modo privilegiado de captar ‘en caliente’ e *in statu nascendi* los elementos del conflicto infantil, es el terreno en el que se realiza, dentro de una actualidad irrecusable, la problemática singular del paciente, donde este se ve confrontado a la existencia, a la permanencia, a la fuerza de sus deseos y fantasmas inconscientes. (Laplanche y Pontalis, 1981, p. 442)

Lo positivo o negativo refiere a afectos que son transferidos y no al resultado sobre el proceso terapéutico. Los autores añaden, remitiéndose a Lagache, que la transferencia de afectos negativos puede producir efectos muy positivos en el proceso analítico y que la transferencia de afectos positivos puede funcionar como un obstáculo (Laplanche y Pontalis, 1981).

Para Freud la transferencia, motor y palanca de la cura, es positiva cuando es favorable a los fines del análisis. La transferencia negativa u hostil evoca los sentimientos y resentimientos agresivos, odios que atacan a la persona del analista, al encuadre, al proceso terapéutico; es la intensidad con que estos afectos se dan en la cura que llevan a actuaciones imposibles de elaborar.

Freud habla de transferencia negativa en *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912/1980a) y en *Recordar, repetir y reelaborar* (1914/1980b). Plantea que el paciente, en la relación con el analista, repite el modelo de ambivalencia dirigida a los prototipos ya existentes. Así, la transferencia puede convertirse en la más fuerte resistencia a la cura, dado que el paciente no recuerda lo reprimido ni olvidado, sino que lo actúa repitiendo en transferencia. Del arsenal de su pasado toma las armas con que se defiende del crecimiento psíquico y repite compulsivamente. El analizado

necesita enfermar en transferencia para mostrar su modalidad vincular, de modo que con el analista sea posible una semantización que convierta ese acto en discurso, historia y, por lo tanto, memoria. Es en ese tránsito en que el terapeuta tiene la oportunidad de intervenir apalabrando, ligando, simbolizando lo que surge de la puesta en acto.

Pero ¿qué es lo que repite el paciente? La transferencia es una pieza de repetición y los terapeutas sabemos que el análisis despierta especialmente contenidos desfavorables (Lagache, 1956): se repite lo que surge de las fuentes de lo reprimido, inhibiciones y actitudes inviables, rasgos patológicos de carácter y síntomas. Es cuando la transferencia se hace hostil o muy intensa, que la represión provoca una sustitución del recuerdo por el acto de repetición. En la formación del psicoterapeuta, este es un tópico que sorprende sobre todo en los inicios de la práctica clínica, aunque seguramente también haya surgido en su propio análisis. Es que el dispositivo analítico como caja de resonancia favorece que estos movimientos surjan en la cura.

En *Puntualizaciones sobre amor de transferencia*, Freud (1915/1980c) refuerza la idea de que también el amor desmadrado inhabilita la consecución del tratamiento, por la exageración de la buena disposición hasta una entrega sexual, lo que lleva a la idea de desenfreno... ¿pulsional? Es allí donde no logra darse el engarce con lo representacional y la compulsión a actuar desborda el campo. Nuevamente, este exceso del que habla ¿daría cuenta de fallas en la represión originaria?²

En tanto la transferencia se mantenga en intensidad y cualidad con un tono positivo, trabaja a favor del tratamiento; pero cuando se torna resistencia, es imperativo hacer foco en ella. Este es un problema técnico mayor en la continua interrogación del enigma que conlleva la práctica

2 Ver *Los fenómenos residuales y la represión originaria*, de Schkolnik (2001), para profundizar en la represión originaria.

psicoanalítica, ya sea porque desde su tono libidinal opera como obstáculo para continuar el análisis, dado que deja entrever el lazo con la necesidad sexual, o porque los sentimientos hostiles surgen en escena. La transferencia negativa aparece como un producto secundario de la transferencia positiva, tanto porque el amor se vuelva tan intenso que exija una represión, captada en la clínica como resistencia al cambio, o porque los sentimientos cariñosos se vuelven secundariamente sentimientos hostiles. Es así que la tarea analítica consiste en poder demostrarle al paciente que sus sentimientos, ya sean tiernos u hostiles, aunque actuales en transferencia, provienen de aquellos primarios momentos de dependencia absoluta con el semejante y solo son repetidos en el marco actual que permite procesarlos. «Y entonces la transferencia [...], tierna u hostil, [...] se convierte en el mejor instrumento de ella [la cura], con cuya ayuda pueden desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica» (Freud, 1915/1980c, p. 281). Tenemos aquí el mayor artificio del trabajo en psicoterapia.

En *Más allá del principio del placer*, Freud (1920/1979) plantea que el analizando no puede recordar lo reprimido. Lo esencial se ve forzado a repetirse como vivencia actual en lugar de recordar. «... la compulsión de repetición [...] nos aparece como más originaria, más elemental, más pulsional que el Principio de Placer que ella destrona» (Freud, 1920/1979, p. 23).

Es en este texto donde aparece la transferencia como actualización de lo esencial del conflicto infantil.

Esta reproducción, que emerge con una fidelidad no deseada, tiene siempre por contenido un fragmento de la vida sexual infantil, y por tanto del Complejo de Edipo y sus ramificaciones; y regularmente se juega {se escenifica} en el terreno de la transferencia [...] [el médico] tiene que dejarle revivenciar cierto fragmento de su vida olvidada, cuidando que a la par que lo hace, conserve cierto grado de reflexión en

virtud del cual esa realidad aparente pueda individualizarse cada vez como reflejo de un pasado olvidado. (Freud, 1920/1979, p. 18)

Ahora, me pregunto: ¿se actualiza solo lo olvidado? Lo olvidado implica que en algún momento fue consciente y luego reprimido. Porque cuando se alude a las ramificaciones de lo edípico, probablemente se esté hablando de aquello que puede provenir directamente del inconsciente de los padres, vía identificaciones narcisistas, primarias. Y allí estaríamos encontrándonos con aspectos de cuya existencia el individuo ni siquiera tiene registro. Lo inconsciente escindido: el mayor desafío en la clínica del terapeuta en formación, porque se deja de estar en formación en psicoanálisis.

Es con el giro de los años veinte que Freud introduce nuevos conceptos, como el yo, el ello y el superyó, en donde lo inconsciente no es solo lo reprimido. También la noción de resistencia fue extendida a las resistencias del yo, del ello y del superyó; la resistencia del ello fue la compulsión a la repetición. Así, el término *resistencia* pasa a ser usado como la resistencia a la consecución del análisis en general. Freud muestra que las resistencias del ello son las que llevan al *acting out*, que sería una resistencia a la rememoración. Es que el inconsciente a veces no puede ser reencontrado más que en los actos. Si bien es un *material* para el trabajo analítico, en el sentido estricto de la palabra, es una resistencia contra la verbalización de los recuerdos.

Es así que Freud comienza a encontrar serias dificultades en la cura, resistencias tales que provocaban el agravamiento de la sintomatología y la persistencia del sufrimiento. La razón más profunda del giro de 1920 parece haber sido un intento de teorización acerca de la reacción terapéutica negativa. La interpretación comienza a tropezar con una fuerza oscura que tendía a deshacer lo que el trabajo conjunto del analizando y del analista había realizado.

En *Análisis terminable e interminable*, Freud (1937/1986a) habla de las resistencias que operan en el tratamiento. Así, la curación es tratada por el yo como un peligro nuevo. Se refiere a las limitaciones terapéuticas, a los escollos a los que se enfrenta el psicoanálisis. Toma a la pulsión de muerte como el estorbo más poderoso, ya que es, de hecho, el motor principal de las resistencias a la cura y la causa del conflicto psíquico. La repetición no solo complace al principio de placer, sino que repite el displacer como si una matriz estampara sin poder parar, automáticamente, lo desligado.

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 y cancelar por completo la situación analítica [...] son resistencias no solo contra el hacer conscientes los contenidos, sino también contra el análisis en general y, por ende, contra la curación. (Freud, 1937/1986a, p. 241)

Se constata aquí un movimiento teórico, pleno de consecuencias clínicas, en cuanto a la transferencia. Lo que en un principio aparecía con una lectura dinámica en donde el desplazamiento y el juego de resistencias (investidura y contrainvestiduras) primaban en el conflicto se transforma poco menos que en un automatismo repetitivo.³ «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 al padecimiento» (Freud, 1937/1986a, p. 244).

Se refiere a la conciencia de culpa y a la necesidad de castigo que surge del vínculo del yo con el superyó. Enlaza aquí el masoquismo, la

3 En *Ideas directrices para un análisis contemporáneo*, Green (2003) dice: «Aquí la dinámica se vuelve coerción y el movimiento, en lugar de abrir la posibilidad de extender el campo de las investiduras, muta a una restricción esterilizante de naturaleza compulsiva» (p. 76).

reacción terapéutica negativa y la conciencia de culpa de los neuróticos, y da cuenta de las pulsiones de vida y de muerte intrincadas —y desintrincadas— de diverso modo. Agrega que las dificultades en superar la reacción terapéutica negativa⁴ podrían explicarse por el carácter radicalmente intenso de la pulsión de muerte (Freud, 1937/1986a).

En uno de sus últimos textos, *Construcciones en el análisis*, Freud (1937/1986b) agrega:

Cuando el análisis está bajo la presión de factores intensos que arrancan una reacción terapéutica negativa, como conciencia de culpa, necesidad masoquista de padecimiento, revuelta contra el socorro del analista, la conducta del paciente luego de serle comunicada la construcción suele facilitarnos mucho la decisión buscada. Si la construcción es falsa, no modifica nada en el paciente; pero si es correcta, o aporta una aproximación a la verdad, él reacciona frente a ella con un inequívoco empeoramiento de sus síntomas y de su estado general. (p. 266)

ACTUALIZANDO

Este recorrido da cuenta de que la transferencia primero es pensada como resistencia y luego es planteada como motor de la cura, hasta que Freud termina considerándola como resultado de la compulsión a la repetición. Green (2011) propone que «Cualquiera sea su forma —positiva o negativa—, la transferencia proviene de un factor compulsivo que

4 Debemos consignar que, si bien el término *reacción terapéutica negativa* es referida por Freud para aquellos procesos que indefectiblemente llevan a la autodestrucción, en la actualidad y de forma descriptiva este término se utiliza para designar las formas especialmente intensas de resistencia al cambio en el análisis. Más específicamente, alude a un retroceso o agravamiento luego de un logro o avance en el tratamiento, como se muestra en la viñeta clínica.

tiende a repetir una constelación originada en la infancia y que, a menos que sea analizado, tenderá siempre a reproducirse en forma espontánea» (p. 76).

El paciente no transfiere únicamente sobre el analista, sino sobre toda la situación analítica. Y no transfiere únicamente sentimientos, sino todas sus funciones psíquicas. El ser humano tiene una tendencia compulsiva a repetir experiencias de su pasado infantil y el dispositivo analítico propuesto busca acentuar esta repetición. Podemos pensar que se actualiza lo que ha quedado registrado como satisfactorio, lo amoroso, pero también es actualizado lo malo y displacentero, los dolores y desamores. La transferencia negativa se impone tanto por la intensidad de los deseos sexuales confrontados a la prohibición, como por la intensidad del desborde de lo negativo cuando resulta imposible elaborar psíquicamente. Es un desafío para el analista, para el analista del analista, para el supervisor, para el paciente, para el proceso...

¿A qué se le llama en la actualidad *lo negativo*?, ¿qué es *lo negativo* en psicoanálisis?

Los autores posfreudianos aluden a *lo negativo* como un término que refiere al vacío, a la falta primaria, a la nada, y así es traído con diversas metáforas. Asimismo, lo vinculado a lo negativo parece asociarse a las patologías narcisistas, que sobre una base depresiva presentan un dolor inscripto más en el no poder ser —existir o no existir—.

Autores como Winnicott, Laplanche, Green, McDougall, Dejours, Roussillon, Cabré y Lutemberg, entre otros, dan cuenta de pacientes que actúan en el proceso analítico caminando en un pretil, en el borde y a punto del desborde. La modalidad de funcionamiento es caracterizada como caótica, estancada, repetitiva hasta la muerte. Es entonces a este grupo de pacientes con características de *acting out*, que confrontan el *setting* y la prosecución de la cura, con quienes se asocia la connotación de negativo. En el giro de 1920, Freud establece las bases para dar la posibilidad

de trabajar con pacientes de mayor gravedad, dado que es a partir de ese momento que la reacción terapéutica negativa aparece como compulsión a la repetición. Dicho giro propone un descentramiento del deseo, que puede ser expresado y representado —represión mediante, como surge en la primera tópica— en otro modelo donde la descarga se da en el acto puro, como pulsión desligada (automatismo, actuación). Así, el analista debe enlazar el deseo inconsciente, pero sobre todo la pulsión misma, cuyo empuje constante es capaz de modificar representacionalmente tanto el deseo como el pensamiento (Green, 2011). Esta repetición no se da únicamente en consonancia con el principio de placer, sino también para repetir el displacer, donde lo mortífero está enclavado en las identificaciones narcisistas.

Desde esta segunda tópica, el yo puede escindirse,⁵ podría mantener simultáneamente en un sector de sí mismo una moción y en otro sector otra; pero el conflicto no parece instalarse, como si un sector no tuviera noticia del otro. Esto da cuenta de la gravedad de estos pacientes y de la necesidad del terapeuta de tender puentes, hilvanar, construcciones para hacer posible la consecución del tratamiento.

En el ámbito de una reflexión sobre la transferencia y de la formación inacabable del psicoterapeuta, ¿cómo estas actualizaciones determinan cambios en la técnica, tomando en cuenta el caso a caso?

Si bien Freud no teorizó acerca del encuadre, es imprescindible incluirlo en la actualidad para construir en el proceso analítico una realidad segunda. Es así que funciona como contención de lo motor, al modo del dormir, para que pueda darse el sueño. El analista delimita el encuadre analítico promoviendo que se despliegue la conflictiva en ese espacio

5 En sus anotaciones, Freud (1986c) dice: «Es interesante que de vivencias tempranas, por oposición a las posteriores, se conserven todas las diferentes reacciones, incluidas desde luego, las reacciones opuestas. Ello en lugar de la escisión, que más tarde sería el resultado. Explicación: endeblez de la síntesis, conservación del carácter de los procesos primarios» (p. 301).

continente, buscando que se contengan en el ámbito psíquico los impulsos que pondrían en riesgo al paciente o al vínculo analítico. Entonces, el encuadre funciona encuadrando lo posible e intenta que no quede el conflicto por fuera de ese *borde*. Pero en pacientes graves, muchas veces el conflicto *desborda*.

Por lo tanto, lo que queda por fuera del encuadre, del discurso, ¿cómo es posible introducirlo como parte del proceso? Es un encuadre continente, que habilita la ligazón hacia lo metaforizable, y es a lo que recurren aquellos autores que centran su investigación en la clínica de patologías graves. Consignan que los ataques al encuadre son persistentes en estos pacientes, en quienes la infiltración de la destructividad nos hace preguntar acerca de aspectos masoquistas y donde el contacto con lo libidinal resulta difícil de rastrear. El intento es, entonces, tramitar mediante el trabajo psíquico de ambos todo lo que el paciente querría descargar por vía de lo motor. Y es con el vínculo transferencial que se logra acotar las repeticiones destructivas, ligando e hilvanado para continuar libidinalmente construyendo.

Esta noción de *díada trabajando* resulta mucho más fructífera si incluimos la noción de *campo analítico*, planteada por Baranger et al. (1982). Este concepto implica tanto la transferencia del analizado como la contratransferencia del analista. Nada de lo que ocurre en el tratamiento analítico puede darse de forma independiente de la situación analítica. Así, cuando el proceso se detiene o presenta obstáculos, debe confrontarnos a lo sucedido en el par analista-analizado.

Si el trabajo analítico es posible, es porque tanto el analista como el paciente creen que la historización habilita una apertura al porvenir y piensan que el movimiento regresivo y el progresivo se dan de forma conjunta y se condicionan recíprocamente. La atmósfera general de la sesión y los procesos que en ella se dan provocan que aquello que dice el paciente, que tiene una causa, modifique al analista, que es quien recibe

esa palabra. El analista, implicado en eso que se dijo, es tocado o cambiado y, ya sea hablando o guardando silencio, deja de ser receptor del mensaje y pasa a ser su promotor.

Pero cuando la dialéctica se detiene y no se logra avanzar, debemos pensar en las resistencias al cambio con que se encuentra la consecución del trabajo analítico. Las más graves son las que comprometen el proceso y pueden llegar a interrumpirlo. Lo resistencial, en estos casos, reside en la intensidad y la durabilidad con que se manifiestan, dado que se presentan como obstáculos persistentes. La dificultad aumenta porque el analista es parte de ese proceso y, por lo tanto, es partícipe del campo que se ha generado.

DESAFÍOS PARA EL TERAPEUTA EN FORMACIÓN

Si bien en el primer tramo de su teorización Freud habló de transferencia negativa para referir a los afectos que son desplazados en el vínculo transferencial proyectivamente, a partir de la introducción de la segunda tópica y luego del giro de 1920, nos habilita a pensar pacientes con mayores dificultades, aquellos que presentan zonas de funcionamiento narcisista. Macalpine (1982) dice:

la finalidad inicial del análisis es provocar una regresión [...]. Si en lugar de tal movimiento se produce una detención (bajo la forma sea de un *acting out*, sea de satisfacciones transferenciales directas) o bien si el movimiento en lugar de ser regresivo va en la dirección de una aparente madurez (huida hacia la salud), se puede hablar de resistencia. (p. 99)

Los autores de las últimas décadas hablan de transferencia negativa estableciendo un vínculo con

el masoquismo..., el odio..., la omnipotencia que hace preferir vencer al analista más bien que mejorarse, el narcisismo negativo que elige la extinción de la vida más bien que la catexis de los objetos; la envidia, que busca estropear el éxito del objeto 'bueno'. [...] se trata sobre todo de la angustia de separación. (De Urtubey, 2003, p. 17)

Es en la experiencia con el otro que surge la posibilidad de hacer interno, introyectar, representar. Por lo tanto, aquello vivido va siendo inscripto-representado y va conformando un entramado representacional-identificatorio, que funcionará como soporte interno yoico. La pulsión de vida daría cuenta de una función objetalizante, mientras que la pulsión de muerte tiende siempre a la desligazón, lo que lleva a la función desobjetalizante. Entonces, intentamos en transferencia contener y detener interpretativamente los efectos de la pulsión de muerte que busca desamarrar la pulsión del objeto y su representación, apalabrando los desbordes que surgen.

En nuestro medio, Schkolnik (2003) habla de transferencia negativa vinculada a las patologías con predominio de lo arcaico, en donde se encuentran las fallas en la fundación del psiquismo. Esto sucede en el orden de la represión originaria como constitutiva de la tópica psíquica. En estos pacientes, la desmentida fundamental se da en relación con la angustia de derrumbe, con lo cual quedan expuestos a su propia destructividad. Es así que estos pacientes intentan desesperadamente detener los efectos de lo desligante *pegoteándose*, pero al mismo tiempo el temor por la cercanía produce el terror a la pérdida identitaria. Es un desafío para el terapeuta, su análisis personal y supervisión, para lograr desentramar tal encrucijada. Nos encontramos casi en un callejón sin salida.

También en nuestro medio, Uriarte (2003) realiza una interesante distinción entre *transferencia negativa* y *transferencias de lo negativo*. La autora dice que cuando los sentimientos del amor y el odio se mantienen moderados, es siempre posible trabajar con el conflicto abordable como

muestra de la ambivalencia, que habilita el trabajo de duelo y el conflicto por el ingreso del tercero en el Edipo. Sin embargo, a veces la negatividad desborda y los tratamientos fracasan y dan lugar a la reacción terapéutica negativa. La violencia de las reivindicaciones, tanto amorosas como de odio, hace pensar en el carácter demoníaco del retorno de lo mismo, donde lo negativo desconocido, indecible para paciente y analista, resulta inaccesible por los caminos analíticos habituales. La negativización de la transferencia da cuenta de aquello que quedó excluido de un proceso de simbolización primaria, escindido. Son situaciones en las que está en juego el vínculo con un objeto fuertemente idealizado-odiado, encriptado en un superyó sádico, imposible de satisfacer, que encierra al sujeto en un circuito de repetición y muerte. Dice Uriarte (2003), entonces, que la necesidad de castigo, el masoquismo moral y la destructividad no serían más que lo manifiesto del hecho clínico, pero donde hay que intervenir es en la profundidad, en las fallas del proceso de subjetivación, que, al impedir la delimitación de un espacio psíquico propio, dejan al paciente padeciendo y sufriendo.

Resulta enriquecedora esta posibilidad de pensar los avatares por los que transitamos junto a Mónica. Ella es un pretexto para presentar a los pacientes que en la clínica actual decimos que están *en los bordes de la analizabilidad*. Aquellos casos que denominamos *estados límite* o *borderline*, pacientes cuya impulsividad, trastornos de carácter y humor dan cuenta de su inestabilidad. Que con defensas primitivas intentan salvarse de angustias desbordantes y en quienes está facilitada una escisión yoica en el intento de soportar el dolor psíquico. Que presentan la necesidad de estar muy cerca, adentro, viviendo con-en el otro, casi como la única forma posible de relacionarse, aunque los enloquece. Pero si se establece cierta distancia —y el encuadre así la impone, indudablemente—, la frustración es de una magnitud tal, que no permite que se continúe el proceso de crecimiento.

Volviendo a Mónica, podríamos pensar que con el *acting* que intenta pretende procesar sus angustias de intrusión-separación de otro modo, en la búsqueda de elaborar lo vivido en etapas muy tempranas; la búsqueda de un espacio propio que no la deje en riesgo vital y en la calle. Porque debemos reconocer también que crecer en análisis tiene su riesgo, ya que, al irse logrando cierta distancia, la vivencia de soledad aparece con intensidad desmedida y el espacio propuesto no resulta suficiente para sostenerla. Lo arcaico, que retorna en transferencia como *acting out*, da cuenta de lo más desligado en el psiquismo debido a déficits en el encuentro con el otro primordial. Esto la confronta a sus angustias más primarias, de las que se defiende intentando desmentir su vivencia de vacío, desmintiendo asimismo su necesidad de encuentro libidinal.

Es posible que en la base se encuentre la desesperanza y el temor de repetir el desencuentro temprano. Entonces, la ligazón tiene que ser hecha por el terapeuta en un intento libidinal y esperanzado de sostén, que habilite a un funcionamiento psíquico y vital diferente para el paciente. La repetición de lo mortífero que intenta ser contenido en el tratamiento es un indicio en acto hacia una inscripción viable, para habilitar luego, en otros momentos, retranscripciones posibles. En otro momento...

No es posible pensar en el cambio psíquico en tanto no haya un analista capaz de dar cuenta de él. Es así que la transferencia, negativa o positiva, surge inconsciente en la pareja analítica. Nace, se desarrolla, se construye y debe resolverse —o no se resuelve— entre los dos componentes de la escena analítica. Es inentendible si no se toma en cuenta la historia de la pareja analítica desde los inicios del proceso.

La posibilidad de trabajo, entonces, parece depender de la tolerancia, la sensibilidad y la captación de ese analista en particular. Del manejo de lo contratransferencial para darle figurabilidad y lograr apalabrar lo no representado en el psiquismo. Estas fallas en el narcisismo, por carencias primarias, dan cuenta de un desencuentro temprano entre los cuidadores y los

requerimientos afectivos del *infans*, que llevan a angustias agónicas o de vacío, que predisponen al pasaje al acto. Es así que el material que el paciente trae al *setting* analítico y los casos en que el compromiso de lo arcaico y lo negativo desbordan lo discursivo ponen a prueba al terapeuta, solicitan su contratransferencia, le exigen mayor compromiso desde lo personal. Quizás es por eso que tantas veces oímos lo necesariamente artesanal del análisis. Porque, como plantea Green (2008), «la meta del paciente es el efecto de su comunicación más que la trasmisión del contenido» (p. 52).

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARANGER, M. (1992). La mente del analista: de la escucha a la interpretación. *Revista de Psicoanálisis*, 49(2), 223-237.
- BARANGER, M., BARANGER, W. y MOM, J. (1982). Proceso y no proceso en el trabajo analítico. *Revista de Psicoanálisis*, 39(4), 527-549.
- DE URTUBEY, L. (2003). Sobre la reacción terapéutica negativa. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 9-29.
- FREUD, S. (1979). Más allá del principio de placer (1920). En *Obras completas* (vol. XVIII, pp. 1-62). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920.)
- FREUD, S. (1980a). Sobre la dinámica de la transferencia (1912). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 93-106). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912.)
- FREUD, S. (1980b). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 145-158). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914.)

- FREUD, S. (1980c). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 159-176). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915.)
- FREUD, S. (1986a). Análisis terminable e interminable (1937). En *Obras completas* (vol. XXIII, pp. 211-254). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1937.)
- FREUD, S. (1986b). Construcciones en el análisis (1937). En *Obras completas* (vol. XXIII, pp. 255-270). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1937.)
- FREUD, S. (1986c). Conclusiones, ideas, problemas (1941 [1938]). En *Obras completas* (vol. XXIII, pp. 301-302). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1941.)
- GREEN, A. (2008). *La pulsión de muerte*. Amorrortu.
- GREEN, A. (2011). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Amorrortu.
- LAGACHE, D. (1956). El problema de la transferencia. Relato teórico por Daniel Lagache. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1(2). <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/258/230>
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Labor.
- MACALPINE, I. (1982). Evolución de la transferencia. *Trabajo del Psicoanálisis*, 1(4), 93-106.
- URIARTE, C. (2003). La transferencia negativa y la negativización de la transferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 105-112.
- SCHKOLNIK, F. (2001). Los fenómenos residuales y la represión originaria. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 94, 48-58.
- SCHKOLNIK, F. (2003). Transferencia negativa y narcisismo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 95-104.