

Consideraciones Teóricas sobre la Reacción Terapéutica Negativa en Función de un Caso en Tratamiento

Theoretical Considerations on the Negative Therapeutic Reaction as analyzed in an Actual Case Under Treatment

Ángeles Llorca Díaz

Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse - Alemania

Resumen. A través de la ilustración que aporta un caso clínico, se realiza una revisión de la literatura psicoanalítica que trata de dar cuenta del fenómeno de la reacción terapéutica negativa, descrito por primera vez por Freud en 1923, y que distintos autores, sobre todo de la escuela kleiniana, han tratado de explicar a la vez que proponían estrategias conceptuales y técnicas para su manejo. Se muestra cómo, en el caso clínico expuesto, la aportación de Joan Riviere resultó esencial para la resolución del característico estancamiento en la evolución del tratamiento.

Palabras clave: reacción terapéutica negativa, posición esquizoparanoide, posición depresiva, contra-transferencia, Joan Riviere.

Abstract. Psychoanalytic literature review carried out through the experience supplied by an actual clinical case. It tries to explain negative therapeutic reaction, which was described for the first time by Freud in 1923. Other authors, mainly from the Kleinian School, have also tried to explain it while at the same time proposing conceptual and technical strategies in order to deal with it. It is shown how, in the clinical case presented in this paper, Joan Riviere's contribution ended up being essential in order to solve the characteristic stagnation that sometimes happens while in the therapeutic process.

Keywords: negative therapeutic reaction, paranoid-schizoid position, depressive position, counter-transference, Joan Riviere.

Con la expresión “reacción terapéutica negativa” se designa en psicoanálisis una situación paradójica en el proceso terapéutico: la aparición de un empeoramiento del paciente cuando desde el punto de vista teórico y técnico todo indica que habría de darse una mejoría. Freud se refiere por primera vez a este fenómeno en *El yo y el ello* remitiéndolo a un sentimiento de culpa inconsciente “que encuentra satisfacción en el estar enfermo” (1923, p. 279). Más tarde, en *El problema económico del masoquismo*, prefiere la expresión “necesidad de castigo” (1924, p. 379), y este castigo vendría “de un poder proveniente de los padres” (p. 382): El agravamiento

La correspondencia sobre este artículo puede enviarse a la autora a Heckmannufer, 6, 10997, Berlín. E-mail: angeles.llorca@gmx.de

de los síntomas serviría a la satisfacción o, al menos, al aplacamiento de un superyó sádico, castigador, productor de sentimientos de culpa ante una posible mejoría.

Antes de continuar con esta breve revisión me interesa indicar que el sólo hecho de nombrar un empeoramiento del paciente con esta expresión supone ya de partida el convencimiento de que sus causas han de ser buscadas en él. Mi experiencia es que a la hora de reflexionar sobre este fenómeno paradójico se evita a veces el hacerlo sobre otra paradoja que parece pasar inadvertida: terapeuta y, en su caso, supervisor permanecen en la certeza de que la teoría, la técnica y la actitud terapéutica son correctas con independencia de que el resultado sea evidentemente negativo. Por decirlo de forma burda, el único que no nota que todo ha de ir bien es el paciente. Es fundamental no renunciar demasiado pronto a la autocrítica y al cuestionamiento de nuestra propia teoría antes de concluir que estamos ante el fenómeno concreto de una reacción terapéutica negativa. Dadas las dos características señaladas (las causas se buscan en el paciente y, especialmente, en la actuación de fuerzas castigadoras y destructoras) no es extrañar que sean los autores de corte kleiniano los que más se han ocupado de entender y explicar la reacción terapéutica negativa.

Quiero centrarme en el caso de una paciente todavía en análisis en que la reacción terapéutica negativa pareció ser la característica más llamativa e importante en el transcurso de los primeros dos años de tratamiento. La necesidad de ajustarme al secreto profesional y de proteger a la paciente imposibilitan una descripción concreta de muchas de sus características y de momentos cruciales de su biografía. Me limito a ofrecer no tanto datos concretos como una elaboración de ellos. Si por un lado se pierde así el colorido de la vida concreta de la Sra. X. y de las interacciones concretas con ella, creo, por otro, que cualquier terapeuta con algo de experiencia podrá reconocer en este perfil general algunos rasgos, si no muchos, de pacientes propios.

Se trata de una mujer al final de la treintena con una marcada bulimia que dura ya más de dos décadas. Resumiendo las principales características patológicas de la paciente se puede constatar lo siguiente: Casi todo lo que la Sra. X. hace está impregnado de sufrimiento. Aunque es evidentemente inteligente apenas emplea sus muchos recursos, como si su capacidad de pensar o sus destrezas cognitivas en general pudieran ser desconectadas. La imagen que tiene de sí misma es extremadamente negativa: está convencida de ser fea, tonta, incapaz e insoportable para los demás. Esta autoimagen, sin embargo, no es óbice para buscar en los demás la causa de la propia desgracia. La paciente siente una rabia primitiva contra el mundo y el motor de muchas de sus acciones es la correspondiente venganza. La agresión se dirige masivamente contra sí misma, de una manera en que en principio son observables placer y orgullo por la potencia de la autodestrucción (Freud 1933, p. 117-118; Kernberg 1978, p. 149) y sólo posteriormente son posibles la tristeza y el desconsuelo. Interiormente la Sra. X. espera una reparación de su desgracia por parte del mundo. Si sus deseos no se cumplen se siente como víctima y deja para los demás el papel de victimarios y el sentimiento de culpa.

La paciente tiene apenas acceso a sus propias necesidades, sentimientos y deseos. Los afectos son vividos frecuentemente como inundantes y los propios impulsos son actuados. La tolerancia a la frustración y el control de los impulsos son deficientes. Se puede hablar igualmente de una deficiente capacidad de simbolizar y de la construcción de un falso *self* (Winnicott, 1965).

En relaciones con otras personas la Sra. X. es manipuladora y controladora. Los otros son vividos como extremadamente positivos o extremadamente negativos. En el primer caso se siente segura, en el segundo en un gran peligro, se torna desconfiada y paranoide. La percepción de zonas intermedias, es decir, en que los aspectos positivos y negativos de los objetos o del *self* no sean incompatibles, acontece más bien cognitiva, pero no afectivamente. La paciente opera pues al nivel de los objetos parciales y se sirve fundamentalmente del mecanismo de la escisión y de los mecanismos primarios de defensa que la apoyan: idealización y desprecio, identificación proyectiva y negación primaria (Volkan & Ast, 1996, p. 31). Estos mecanismos de defensa llevan a un procesamiento parcialmente disfuncional de la realidad. En caso de labilizaciones, es decir, cuando la escisión se torna inestable, la paciente se ve amenazada por la posibilidad de fragmentación del yo. La capacidad de duelo, que posibilita la separación del objeto, no se desarrolló adecuadamente. La fase de separación-individuación no se ha cumplido de forma exitosa.

Psicogenéticamente se puede plantear la pregunta de si la Sra. X. desarrolló en su momento la capacidad de integrar representaciones de objeto y del *self* de signo positivo con las de signo negativo, o si hubo con posterioridad un acontecimiento traumático que condujo a una regresión al uso de la escisión como mecanismo central de defensa. Se trata de si nos enfrentamos a un trauma por acumulación en el sentido de Khan (1963), o con un trauma puntual infantil posterior. En mi opinión podemos suponer en la génesis de la patología de esta paciente que hubo a los 12 años un reforzamiento masivo de una problemática ya existente por acumulación.

En esta lista de caracteres patológicos se reconoce fácilmente el trastorno *borderline* de la personalidad, tal y como Kernberg (1978, 1996) y muchos otros lo describen.

En contacto es la Sra. X. a menudo amable y capaz de implicar a los demás emocionalmente. Posee un peculiar humor negro, que sabe utilizar a su favor en las relaciones, por ejemplo seduciendo a la risa. Es inteligente, se interesa por muchos temas (literatura, teatro, política) y es capaz de ser curiosa y de sentir alegría. Cuando consigue entrar en relación es cálida, abierta y agradecida. A pesar de sentirse muchas veces dolida e incomprendida por mí como terapeuta y de los estados extremadamente duros que tiene que soportar a consecuencia de sesiones difíciles para ella, se toma su terapia muy en serio. La Sra. X. lucha desde hace más de veinte años con su enfermedad (aunque esa lucha pueda parecer inadecuada e incluso contraproducente) y no abandona.

Fenomenológicamente el transcurso de la terapia se presentó durante los primeros dos años como una repetición continua de la misma secuencia. Las sesiones en que nos acercábamos más emocionalmente, en que alcanzábamos juntas una mejor comprensión del significado de los síntomas, en que entrábamos en regiones normalmente convertidas en tabú por el sentimiento de vergüenza, es decir, aquellas sesiones tras las que una terapeuta espera una mejoría o incluso un salto cualitativo en el proceso terapéutico, eran seguidas sistemáticamente de un empeoramiento notorio de la paciente. La virulencia de los síntomas (estados de confusión, “orgías” de comida con los correspondientes vómitos provocados, pensamientos de suicidio...) era tal que los “buenos momentos” terapéuticos empezaron a ser vividos por mí con angustia y mi capacidad de pensar y actuar se veía bloqueada por el temor a causar un desastre. Mi experiencia es que este bloqueo se vive en la contratransferencia de manera especialmente virulenta y continua en el caso de pacientes con bulimia muy marcada, lo que naturalmente no es casualidad dada la psicodinámica de la enfermedad:

El “alimento analítico” no puede ser aceptado, sino que es “escupido”, es decir, tratado como algo “venenoso” mediante la reacción terapéutica negativa. Algunas intervenciones resultan como pedazos de comida sin digerir que la paciente le vomita a la terapeuta a la cara. La dinámica de la bulimia se trasluce así en el análisis. Bajo la presión de las fuerzas anímicas puestas en juego se impide el “trabajo de digestión” de la terapeuta. (Bringmann, 2010).

El comportamiento autoagresivo de la paciente es una queja a sus objetos, por los que se siente completamente dejada de la mano: “Mirad lo que me habéis hecho” parece gritar. Por eso los demás deben hacer penitencia y vivir toda su vida con tremendos remordimientos. El vínculo sadomasoquista con los objetos parece ser el único posible: El otro ha de sentirse culpable y temeroso de infringir más dolor a la paciente, es decir, bloqueado en su capacidad de actuar. Esto se induce también en la terapeuta, impidiendo así su trabajo.

Riviere entiende la reacción terapéutica negativa como expresión de la angustia frente a la puesta en funcionamiento de los propios miedos depresivos, es decir, frente a la posición depresiva: “(...) que su disolución [de los mecanismos de defensa] significara el caos, la propia destrucción [de la paciente] y mi extinción, impulsos de asesinato y suicidio, con otras palabras, la depresión” (1936/1996, p. 148).

También para Steiner (1998) es la reacción terapéutica negativa un movimiento atrás, a la forma de funcionar de la posición esquizoparanoide. La organización patológica serviría de defensa contra el miedo a la fragmentación, la despersonalización y la persecución (es decir, contra los típicos miedos de la posición esquizoparanoide), de forma que el proceso terapéutico ha de tener como objetivo el fomento del movimiento a la posición depresiva, a la que corresponden los miedos a la pérdida y al abandono. Para evitar tanto ambas posicio-

nes como el movimiento de la primera a la segunda, el paciente buscaría protección en un estado de retraimiento que lleva a la paralización del proceso terapéutico. Los cambios radicales, bruscos e inesperados para mí en el ánimo de la paciente durante las sesiones, momentos en que la Sra. X. actúa como si el contacto con ella se hubiera roto de manera abrupta y yo no encuentro ni una explicación para ello ni un camino que me permita el acceso de nuevo a ella, son quizá signos de este retraimiento.

El trabajo terapéutico está fundamentado en una relación entre paciente y terapeuta en que se le posibilite a aquélla una experiencia –no sólo emocional– sobre la que se pueda desarrollar la simbolización, “la capacidad para la separación y la capacidad de vivirse a sí mismo y a los objetos con los que se entra en relación como separados” (Hirsch 2004, p. 117). En un nivel primitivo esto no parece posible, porque separación y muerte se equiparan. Sólo cuando se ha elaborado el duelo, indica también Steiner, se puede alcanzar la diferenciación, la separación entre el *self* y el objeto, “porque es el duelo mediante el que la identificación proyectiva se invierte y las partes del *self*, que fueron inscritas al objeto, son devueltas al yo” (1998, p. 63).

De gran ayuda son los modelos de la función alfa y de contención de Bion (1962a, 1962b), del *holding* de Winnicott (1960), de la experiencia emocional correctora de Alexander y French (Alexander et al., 1946) y de la mentalización de Fonagy y Target (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). En el caso de la Sra. X. juega un papel fundamental en el tratamiento el manejo de la agresión. Thomä (2001, p. 269) advierte del peligro de una “infravaloración de la destructividad inconsciente en el caso de todos los pacientes que sufrieron un trauma por acumulación”, puesto que los graves déficits estructurales no sólo se perpetuarían por factores exteriores, “sino interiormente mediante fantasías inconscientes”. La agresividad inconsciente se ve reforzada mediante *mini-traumas* que serían desencadenados en la relación con el analista: “Estos pacientes viven lo bueno del analista como un regalo inmerecido. Pero el agradecimiento no encuentra correspondencia en los ánimos destructores inconscientes”. La rabia inmensa que se expresa a veces en la transferencia de la Sra. X. puede ser entendida en función de esta reflexión de Thomä: Los momentos de cercanía entre nosotras, que podrían ser vividos como reparaciones, han de ser destruidos. Además, el retorno a la sintomatología tiene en el caso de la Sra. X. el carácter de un triunfo masoquista (Kernberg, 1978; Hirsch, 2004) y, al mismo tiempo, un componente sádico, en el sentido de “una parte poderosa y destructiva del *self*, que tiraniza a la parte necesitada y le impide el acceso a los buenos objetos” (Steiner, 1998, p. 83).

También Grunert (1979) remite la reacción terapéutica negativa a un trastorno del proceso de individuación. Según Hirsch se da además en los pacientes con esta reacción la dificultad de “tener que separarse de los objetos que en su día fueron responsables del trauma” (2004, p. 79). Etiológicamente se reconocerían dos motivos principales para la reacción terapéutica negativa: el empeño de autonomía, es decir, la defensa frente a la dependencia, y el sentimiento de culpa a causa de una relación objetal introyectada y de la dependencia de ella. En el caso de la Sra. X. se puede describir de esta manera: La analista como objeto parcial es investida positivamente. Cada paso terapéutico dirigido a la anulación de la escisión es vivido por la paciente como la exigencia a separarse de los -negativos- padres interiorizados. Pero cuando esta separación está tan cercana que se torna peligrosa (porque causa miedo a la desintegración y/o sentimientos de culpa primitivos) entonces la analista es investida negativamente con el carácter manipulador de los malos padres. Se hace en este momento existencialmente necesario el deslindarse de la analista y este deslindamiento se consigue mediante el retorno a los síntomas, es decir, al objeto negativo original. En este sentido, la reacción terapéutica negativa ha de entenderse como un retorno a los padres negativos introyectados y como una expresión tanto de la independencia de la analista y de la terapia como de la dependencia de los padres interiorizados y del sentimiento de culpa para con ellos. En este permanente cambio de la transferencia positiva a la negativa y viceversa se refleja una contradicción inmanente a la terapia: “Se exigen al paciente dos movimientos al mismo tiempo, la delimitación frente al objeto antiguo y la entrada en relación con el nuevo objeto” (Hirsch, 2004, p. 82).

La reacción terapéutica negativa es pues un intento de reestablecer el equilibrio conocido. En este juego de fuerzas no es sólo significativa la rabia de la paciente, sino también la de la terapeuta:

Así (...), claro que se puede decir con Ferenczi (1932/1999), “no hay cura sin simpatía, pero ¿qué pasa con la antipatía y su reciprocidad? Winnicott (1949), que fue congenial a Ferenczi, ha mostrado que a los pacientes les resulta más fácil integrar sus propias fantasías destructivas si saben algo del odio en la contratransferencia (Thomä, 2001, p. 269).

En la transferencia de la Sra. X. dominan por un lado los sentimientos de apego, que son indicio de una transferencia idealizante, en parte referida a la buena madre, y por otro los sentimientos negativos, que han de entenderse como la activación de aspectos de la relación objetal con los padres y como expresión de la autoimagen negativa. La correspondiente contratransferencia cambia a menudo en las sesiones entre impulsos de protección y de ayuda teñidos de compasión, y la necesidad de distanciamiento y autoprotección a consecuencia de la masiva rabia de la paciente y de la propia. La identificación proyectiva conlleva que la contratransferencia, siguiendo la distinción de Racker (1957), cambie rápidamente entre la identificación concordante, en que la analista se torna víctima, y la complementaria, en que dirige sus afectos destructivos contra la paciente. Esta contratransferencia cambiante e intensa se fue moderando, sin embargo, en el transcurso del tratamiento, probablemente a consecuencia de que la creciente tolerancia a la ambivalencia de la paciente supone una cierta moderación de la identificación proyectiva.

Desde un punto de vista técnico es una de las mayores dificultades desde el inicio del tratamiento el poder ejercer conteniendo los extremados afectos negativos de la paciente sin reafirmarla por ello en su actitud de víctima y, por otro lado, el poder señalar su destructividad sin por ello colocarla en el papel de victimario. En mi opinión es el recurso continuo a la dinámica victimario-víctima, al menos en el caso de la Sra. X., un vehículo fundamental de la reacción terapéutica negativa. Pero la interpretación de la destructividad de la paciente y del permanente recurso a la dinámica victimario-víctima ocasionaba en el tratamiento de la Sra. X. siempre de nuevo rabia arcaica, sentimientos de culpa insoportables y, con ello, un agravamiento de los síntomas, hasta que aprendí con la paciente y con Riviere que este tipo de intervenciones ha de cubrir también en la interpretación los afectos positivos, “el amor hacia los objetos internos” (1936/1996, p. 156). Entiendo el uso del término “amor” en este texto no como algo trivial. De hecho, es notoria su ausencia en la mayoría de los textos de corte kleiniano o de un tipo de psicoanálisis, en general, centrado en los elementos narcisistas de los pacientes. La reacción terapéutica negativa ha devenido así un producto exclusivamente de tánatos.

Según Riviere, sin embargo, es un error por parte del terapeuta “no percibir nada además de la agresión” (p. 146), porque justamente esto es lo que desencadena la reacción terapéutica negativa. Mi experiencia con la Sra. X. confirma sin resquicios la teoría de Riviere. Después de dos años de tratamiento y de muchas lecturas actuales sobre el tema vino a ser este excelente texto de 1936, *Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa*, el que me dio la clave para salir de un aparente callejón sin salida: el retorno a la libido. Su inclusión en mi propia comprensión de la dinámica de la paciente y, por ende, en las intervenciones en la terapia supuso el punto de inflexión a partir del cual comenzó a ser posible salir de la dinámica de la reacción terapéutica negativa. Finalmente, la diferencia entre una intervención que transmite el mensaje “Vd. destruye lo que construimos juntas porque no quiere sentirse dependiente de mí y no soporta que yo pueda ayudarla” y la que transmite “Vd. me ama tanto que anula lo que construimos para no tener que soportar el miedo a perderlo y a perderme a mí” no es sólo una diferencia de actitud o de talante, sino mucho más profunda, de orden antropológico. Se trata en el primer caso de una comprensión del ser humano como regido por fuerzas destructoras, y en el segundo por la acción interdependiente de dichas fuerzas con sus contrarias, odio y amor, no sólo odio y agresión.

Referencias

Alexander, F., Bacon, C.L., Benedeck, T., French, T.M., Fuerst, R.A., Gerard, M.W., ... Weiss, E. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.

- Bion, W. (1962a). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bion, W. (1962b). A Theory of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis* 43, 306-310.
- Bringmann, L. (2010). *Überlegungen zur Falldarstellung von Frau X*. [Reflexiones sobre el caso de la Sra. X.]. Sin publicar [escrito de la supervisora del caso para uso interno].
- Ferenczi, S. (1999). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932* [Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932]. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fonagy, M., Gergely, G., Jurist, E.L., y Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es [El yo y el ello]. En *Gesammelte Werke* [Obras Completas] XIII (pp. 235-289). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1924). Das ökonomische Problem des Masochismus [El problema económico del masoquismo]. En *Gesammelte Werke* [Obras Completas] XIII (pp. 369-383). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. XXXII Vorlesung. Angst und Triebleben [Nuevas conferencias introductorias al psicoanálisis. Conferencia XXXII. La angustia y la vida pulsional]. En *Gesammelte Werke* [Obras Completas] X, (pp. 87-118). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Grunert, U. (1979). Die negative therapeutische Reaktion als Ausdruck einer Störung im Loslösungs- und Individuationsprozess [La reacción terapéutica negativa como expresión de un trastorno en el proceso de separación e individuación]. *Psyche*, 33, 1-28.
- Hirsch, M. (2004). *Psychoanalytische Traumatologie-Das Trauma in der Familie* [Traumatología psicoanalítica. El trauma en la familia]. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (El original fue publicado en inglés en 1975. Existe versión en castellano: *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós, 1997).
- Kernberg, O. (1996). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta. (El original fue publicado en inglés en 1984. Existe versión en castellano: *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno, 1992).
- Kahn, M. (1963). The Concept of Cumulative Trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Racker (1957). The Meaning and Uses of Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 38, 310-340.
- Riviere, J. (1996). Beitrag zur Analyse der negativen therapeutischen Reaktion. En L. Gast (Ed.), *Joan Riviere. Ausgewählte Schriften* (pp. 138-158). Tübingen: Ed. Diskord. (El artículo original fue publicado en 1936: A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 304-320).
- Steiner, J. (1998). *Orte des seelischen Rückzugs*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Publicado originalmente en inglés, *Psychic retreats: Pathological organisations of the personality in psychotic, neurotic, and borderline patients*. London: Routledge, 1993).
- Thomä, H. (2001). Ferenczis “mutuelle Analyse” im Lichte der modernen Psychoanalyse [El “análisis mutuo” de Ferenczi a la luz del psicoanálisis moderno]. *Forum der Psychoanalyse*, 17, 263-270.
- Volkan, V.D. & Ast, G. (1996). *Eine Borderline-Therapie* [Una terapia borderline]. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D.W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.
- Winnicott, D.W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. En *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). New York: International Universities Press.

Manuscrito recibido: 01/09/2010

Revisión recibida: 06/10/2010

Manuscrito aceptado: 08/10/2010