



Los delitos secretos del analista¹

Joyce Slochower²

Hunter College, Department of Psychology, New York

Las faltas en el análisis alteran el contrato terapéutico y constituyen así un auténtico fracaso en la función analítica. Pero también reflejan nuestra perdurable e inmutable humanidad, los límites de nuestra capacidad para suspender totalmente las necesidades personales en un contexto que así lo requiere. Como analistas debemos enfrentarnos a la necesidad paradójica de abrazar el ideal analítico, su inevitable colisión con nuestra humanidad real y limitante, y, al mismo tiempo, la necesidad de mantener una pelea consciente y permanente contra el abandono de dicho ideal. Existen reglas inherentes a cada teoría y a cada técnica cuya observación puede resultar difícil al analista. Aunque la teoría puede apoyar una postura profesional y disciplinada y contrarrestar la presión de las necesidades personales, el equilibrio es, inevitablemente, imperfecto.

Palabras clave: Faltas, delitos, ética profesional, desfondamiento, teoría, técnica.

Analytic misdemeanors disrupt the treatment contract and thus represent a real failure of the analytic function. Yet they also reflect our abiding and immutable humanity, the limits of our ability to fully suspend personal needs in the context of a requirement that we do so. As analysts, we must contend with the paradoxical necessity to simultaneously embrace the analytic ideal, its inevitable collision with our own very real and limiting humanity, and the need to sustain an ongoing and conscious struggle against the abandonment of that ideal. Inherent in each theory and technique are rules that the analyst may find difficult to observe. Although theory can support a professional, self-disciplined stance and counter the press of personal needs, that balance is, inevitably, an imperfect one.

Key Words: Misdemeanors, delinquencies, professional ethic, burnout, theory, technique.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Slochower, J. (2009). Los delitos secretos del analista. *Clinica e Investigación Relacional*, 3 (1): 111-126.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

Hace ya algunos años publiqué un trabajo en el que describía la experiencia que tuve cuando una de mis supervisadas, la doctora M, con gran incomodidad me reveló que durante una sesión telefónica con su paciente había estado tranquilamente hojeando revistas y catálogos. Cuando el paciente le preguntó si estaba leyendo algo, se sintió “pillada” y culpable. Intentando disimular el fallo dijo que había estado pasando las hojas de su cuaderno y tomando notas sobre la sesión. Parece ser que el señor J aceptó su explicación y volvió rápidamente a explicar otras experiencias.

En breve volveré a esta escena y a su compleja dinámica. No obstante, me gustaría empezar de una forma un tanto diferente, describiendo cómo ha ido la cosa cuando he presentado este tipo de material ante audiencias profesionales. Alguna presentación la he repetido muchas veces, sobre todo en los Estados Unidos. He hablado en institutos tradicionales y no tan tradicionales, en ciudades grandes y pequeñas. La respuesta ha sido totalmente sorprendente. De forma habitual, al tratar este punto en mi presentación, se oye una mezcla de risitas y expresiones de consternación (p.ej. “Oh, Dios mío”). Y según continúo, las risitas se convierten en risas y algunas personas se carcajean divertidas. Otros se van mostrando cada vez más horrorizados, volviéndose al compañero para comparar notas. La audiencia psicoanalítica, habitualmente correcta en su comportamiento, momentáneamente se descompone cuando aumentan la ansiedad y la angustia. Durante el debate, unas pocas almas osadas levantan la mano y describen al grupo sus propias transgresiones; muchos más se me acercan en privado o con un colega para seguir hablando sobre ello; otros incluso me envían mensajes telefónicos o correos electrónicos, a veces de forma anónima. Quiéralo o no, me he convertido en el árbitro de la conciencia profesional.

Cada vez era más evidente que mi supervisada estaba lejos de ser la única en cometer lo que yo llamaría un delito secreto o una secreta falta. De hecho, estas infracciones del contrato analítico eran extraordinariamente corrientes. Tras una profunda revisión de la literatura comprobé que, a diferencia de las malas prácticas profesionales graves, nunca se había escrito sobre las simples faltas analíticas (hasta donde yo sé). ¿Por qué, a pesar de la floreciente literatura sobre las violaciones éticas, no habíamos examinado su dinámica subyacente? Un velo de secreto continúa tapándolas a pesar de la frecuencia con la que ocurren.

En mi opinión, las faltas constituyen una categoría relativamente bien delimitada de la conducta profesional que a menudo se mantiene en secreto y que habitualmente desencadena la culpabilidad. De forma breve pero, en apariencia, consciente y deliberada, el o la analista rompe su compromiso con el proceso terapéutico para satisfacer una necesidad personal. Aunque algunas faltas se producen en sesiones cara a cara, mi impresión es que la mayoría se ocultan de forma intencionada y se cometen cuando el paciente está en el diván o durante sesiones telefónicas. El analista aprovecha la oportunidad para retraerse del paciente, afectiva o cognitivamente, de forma mínima o no tan mínima.

Permítaseme referir algunas anécdotas de delitos pequeños y no tan pequeños. Todos los ejemplos se incluyen sin ningún disfraz y están autorizados. Algunos han sido contados por analistas y tienen que ver con su experiencia como pacientes; otros han sido contados por analistas sobre ellos mismos. Incluyen: escribir una nota para recordarse uno

mismo una tarea que se te había olvidado, sumar el tique de la tienda de comestibles, planificar un acontecimiento, limarse o pintarse las uñas, peinarse, maquillarse, navegar por Internet, comerse disimuladamente un aperitivo, hojear una revista o un periódico, revisar el correo electrónico, comprar billetes de avión on-line, elaborar facturas de pacientes, acortar deliberadamente la sesión uno o dos minutos, o cobrar aquella a la que falló el paciente pero que el analista estaba de vacaciones (sin que el paciente lo supiera). Sorprendentemente, solo en muy pocos casos los pacientes manifestaron que habían advertido la impostura del terapeuta. Una persona me informó que, estando en el diván, olfateó varias veces antes de preguntar “¿Estoy oliendo esmalte de uñas?”, y que así era.

Hay un segundo grupo de faltas que se desarrollan abiertamente durante sesiones cara a cara. Aquí se incluyen largas llamadas telefónicas, utilizar la hora de terapia para satisfacer necesidades personales (p.ej. hablar en extenso sobre asuntos de interés propio, pedir al paciente que te recomiende un médico, te de consejo sobre acciones, sobre descuentos en almacenes de ropa, restaurantes, etc.). Un colega me informó que el analista anterior de un paciente suyo tenía por costumbre cenar durante las sesiones, hasta que un día el paciente explotó y le dijo, “¿Qué es esto, una jodida merienda?”.

En contraste con los delitos ocultos, las imposturas evidentes se localizan con más claridad en el dominio relacional. A menudo parecen reflejar aspectos implícitos de la relación terapéutica, bien podrían representar una forma de comunicación indirecta (¿inconsciente?) con el paciente. Cuando el terapeuta actúa de forma abierta es más fácil para el paciente responder directamente a la impostura. Sin embargo, estos fragmentos de mala conducta con frecuencia no llegan a expresarse verbalmente en la terapia, quizá porque el propio interés del analista le lleva a presionar de tal manera sobre el paciente como para que éste *no* lo advierta, o al menos no se enfrente a lo que el terapeuta está haciendo. Esta presión silenciosa elimina los casos de faltas del discurso terapéutico, con lo que la mala conducta “abierta” puede, de hecho, funcionar más bien como si fuera secreta por cuanto el paciente se siente incapaz (quizá inconscientemente) de señalársela al analista.

Susan describía la experiencia que había tenido en un tratamiento anterior. Comentó, de pasada, que su analista con frecuencia traía café y tarta a las sesiones y masticaba mientras hablaba. Susan no tenía conciencia de que esto la hubiera molestado y, probablemente como respuesta a mi expresión de sorpresa, añadió que su analista a menudo le había ofrecido tarta (que ella rechazó).

Como mi paciente Samuel (en Slochower, 2006), Susan y su analista pusieron en acción una gran variedad de procesos dinámicos por medio de estas sesiones de “café y tarta”. Susan de forma consciente disfrutaba con la disponibilidad de la analista para compartir los alimentos con ella; le hacía sentirse especial. Solo gradualmente surgió la idea de que había otros, inquietantes, significados implícitos en esta puesta en acto (*enactment*). A pesar de que Susan aceptaba y disfrutaba de la falta de etiqueta de su analista, a otro nivel ella estaba “alimentando” inconscientemente a su analista para convertirse así en una paciente más valiosa.

La actitud autodespectiva de Susan no le permitía percatarse de que tuviera nada en contra de la conducta de su analista, necesitara ésta lo que fuera – como el café y la tarta – para poder trabajar con Susan.

A pesar de que Susan y su analista trabajaban continuamente su forma de responder pasivamente ante los demás, así como su baja autoestima, parecían no tener conciencia de

lo importante que era este asunto durante sus encuentros de “café y tarta”.

¿La analista de Susan traía alimentos concretamente a estas sesiones porque se veía impulsada a un *enactment* inconsciente con esta paciente? ¿No estaría equilibrando, esta esforzada analista, su propia sensación de tensión “alimentándose a sí misma”, en la práctica, a la vez que intentaba “alimentar” a Susan?

Sin embargo, a otro nivel Susan debió asimilar otro mensaje, diferente pero también problemático, a partir de esta interacción. Quizá su analista tenía dificultades para cubrir las necesidades de Susan – después de todo, no se permitía un descanso entre pacientes suficiente para tomarse un café y comer algo. ¿Se identificaba Susan con la autodeprivación implícita de su analista, reforzando así lo que ya era un asunto recurrente en su propio patrón relacional? ¿O era la analista de Susan la que se identificaba inconscientemente con las necesidades de ésta, enfrentándose con esa dificultad, actuándola (*enacting*) y dándole la vuelta, comiendo y trabajando al mismo tiempo?

Enactments, Delitos y Relaciones Objetales

Los enactments, las faltas y los delitos analíticos más serios solo pueden diferenciarse de forma aproximada. A menudo estas categorías se solapan; además, lo que para nosotros no es más que una falta puede parecerle a nuestro paciente o a otro colega un auténtico crimen, y viceversa. También puede que hagamos tales distinciones para nuestro provecho; al atribuir nuestras acciones a la dinámica relacional y a los *reenactments* podemos estar evitando el enfrentarnos con una realidad desagradable que choca con nuestra autoimagen de analistas cuidadosos y comprometidos. En ocasiones, el propio acto de etiquetado condenatorio puede reflejar una posición defensiva, rígida y moralista, que rechaza o repudia (*forecloses*) el proceso, en lugar de abrirlo.

Considero que, a pesar de estas complejidades, existen aspectos centrales que diferencian las faltas de los *enactments*, y de las violaciones de los límites más serias. Los *enactments* que surgen en el calor emocional o erótico de un encuentro terapéutico suponen rupturas del encuadre que desestabilizan de una forma más bien breve que no permanente. Generalmente se considera que estas alteraciones de lo “ordinario” surgen continuamente. Los *enactments* a menudo cumplen una función terapéutica clave, permitiendo a paciente y analista atender dinámicas relacionales anteriormente disociadas o reprimidas, y tener la capacidad para profundizar finalmente en la tarea.

Los *enactments* reciben su configuración de la cualidad afectiva de la relación analista-paciente. Tanto uno como otro quedan prendidos de una dinámica relacional que termina agotándose y que, al menos esperamos, es examinada con posterioridad. Los *enactments*, por tanto, implican a *ambos* participantes, quienes expresan aspectos de sus respectivas subjetividades en el contexto de la relación diádica. En cambio, las violaciones más importantes de los límites (p. Ej., acostarse con los pacientes, robarles o explotarlos de cualquier forma para el propio beneficio) no suponen solamente una alteración, sino que muy probablemente destruyen de forma permanente la relación terapéutica y, a veces, también al analista. Las violaciones serias de los límites (como ocurre con los *enactments*) surgen con frecuencia de la implicación emocional intensa del analista con un paciente; aquí, sin embargo, la implicación del analista anula por completo toda conciencia sobre las necesidades propias del paciente. El tratamiento, en consecuencia, se ve comprometido de tal manera que el analista puede llegar a ser objeto de acusación legal, de censura ética, o de ambas.

Gabbard y Lester (1995) al estudiar las violaciones de límites desde su historia temprana, comenzando por Freud, han descrito tanto transgresiones sexuales como no sexuales. Advierten que la violación de los límites típicamente refleja un deslizamiento por una “rampa resbaladiza” en la que la implicación emocional del analista con su paciente erosiona de manera gradual toda conciencia sobre la vulnerabilidad y las necesidades de éste. Gabbard y Lester también describen una serie de casos clínicos contemporáneos en los que la ruptura del contrato terapéutico por parte del analista lleva finalmente a la destrucción de la relación terapéutica.

Un analista que comete un “crimen” importante explota la vulnerabilidad emocional de su paciente, transformando al paciente de sujeto en objeto. El analista *ignora activamente o explota deliberadamente la subjetividad del paciente*, como paciente, mientras que lo transforma de manera inconsciente o premeditada en un objeto^{3,4}.

Faltas: El Analista como Sujeto

Yo sitúo las faltas dentro de un continuo marcado en un polo por las violaciones mayores de los límites, y en el otro por los *enactments*. En contraste con la “erupción” afectiva espontánea que caracteriza especialmente los *enactments* analíticos, tengo la impresión de que muchas faltas son cometidas de forma deliberada y que su carga afectiva es menor; el analista no está ocupado con la *rêverie* (Ogden, 1994, 1997) sino con una falta de atención premeditada. En este sentido, las faltas no se diferencian de las violaciones de los límites más serias. Sin embargo, mientras que éstas implican una explotación explícita del paciente, las faltas de forma característica suponen una *inhibición* atencional y afectiva por parte del analista respecto al terreno de las necesidades del paciente.

En lugar de *utilizar* al paciente de forma explícita para satisfacer las necesidades propias del analista, el analista que comete una falta se retrae de su paciente hacia un estado solipsista, perdiendo contacto de forma temporal con la realidad de su *paciente como sujeto*. Centrándose en su propio deseo y apartándose del del paciente, el analista se convierte en el único sujeto que hay en la sala.

Las faltas surgen más a menudo durante periodos de tranquilidad analítica que bajo presión afectiva intensa. Me pregunto si no es precisamente la *ausencia* de intensas demandas emocionales por parte del paciente la que da lugar a que el analista experimente de forma explícita sus propios intereses o, en cualquier caso, para que los ponga en acto.

Esta retirada del campo relacional a un estado de ensimismamiento es, con toda seguridad, un abandono del paciente y de la tarea analítica. No obstante, las faltas son menos abusivas que los delitos analíticos (o muchas faltas cometidas en sesiones cara a cara) debido a que éstos transforman al paciente de sujeto en objeto, en una forma claramente explotadora.

Ideales Profesionales y Mala Práctica

La comunidad analítica, definida de forma amplia, comparte en gran medida un consenso con respecto a la esencia del encuadre analítico. Estamos comprometidos en poner primero las necesidades de nuestros pacientes y en dejar a parte nuestro propio interés cuando choca con dicho compromiso. Pero, aunque los tipos de infracciones y la frecuencia con la que los analistas las cometen son muy variables, el analista poco habituado o muy joven

son completamente inocentes al respecto.

Tengo la impresión de que la mayoría de los errores éticos no son cometidos por profesionales psicopáticos. Más bien, las faltas representan momentos circunscritos que están en franco contraste con el habitualmente alto nivel de compromiso terapéutico responsable y del sólido trabajo analítico del terapeuta. No debe sorprendernos que la necesidad de negar las infracciones profesionales sea muy intensa, ni que se hable raramente de las faltas, que solo se llevan a supervisión. Cuando los terapeutas transgreden en secreto sus estándares profesionales, los colegas y supervisores son vistos como una “policía” moral cuyo juicio debe ser eludido.

Puesto que la mayoría de los analistas tienen un enorme interés en mantener una autoimagen de profesionales cuidadores y comprometidos, incluso las infracciones pequeñas pueden suponer una dolorosa amenaza a la autoestima. Es mucho más fácil trabajar con *enactments* de tinte emocional que ocurren durante las horas de terapia que con la evidencia de infracciones que afectan al ideal terapéutico. En verdad, el choque entre estos actos psicopáticos menores y el ideal terapéutico es con frecuencia tan doloroso que se produce un rechazo casi consciente de la infracción, tanto por parte del terapeuta como del paciente. Estas acciones tienden a ser secuestradas de forma creciente durante el proceso de autoexamen y, por tanto, del discurso analítico. En aquellas ocasiones en las que se detecta un delito, los analistas pueden cometer una segunda infracción, racionalizando o mintiendo en un esfuerzo por cubrir su propia acción. En definitiva, dicha negación puede dar lugar a faltas más destacadas que atraviesan los límites permeables que separan los delitos de los crímenes analíticos más serios.

Los analistas no son los únicos en resistirse a examinar los casos de fracaso profesional. Para los pacientes parece ser extremadamente difícil plantear estos fracasos directamente al analista, quizá porque el hacerlo expone a los dos miembros de la diada ante la realidad del fallo profesional del analista. Las faltas ocultas aparentemente aíslan al paciente de las acciones del analista, y muchos analistas con los que he hablado estaban seguros de que sus pacientes no tenían conciencia de sus faltas de atención. En aquellos pocos casos en los que se sacó a la luz la infracción del analista, los pacientes, sorprendentemente, expresaron escaso malestar ante estos fallos. Desde luego, es imposible saber en qué medida estas respuestas mudas reflejaban renegación (*disavowal*), o bien un intento por aliviar la culpabilidad del analista, ansiedad por manifestar enfado, etcétera.

La capacidad del analista para tolerar una alteración en su autoimagen profesional positiva, tanto ante sus ojos como ante los de su paciente, permite que los pacientes adviertan estos momentos y se enfrenten con ellos. Al reconocer el fallo, reflexionando sobre él y elaborando su efecto, reintroducimos en el campo terapéutico aquello que había sido secuestrado, donde puede ser examinado y resuelto.

Volvamos a la doctora M. Había confesado su lectura de la revista con mucho embarazo y preocupación por mi posible censura, pero con sorprendentemente poca curiosidad sobre su propia conducta. Aunque yo estaba de acuerdo con que no hay que leer revistas durante las sesiones telefónicas, debo añadir que había oído transgresiones peores y me pregunté en voz alta si podríamos observar su acción con curiosidad en lugar de simplemente con censura. Sabíamos que su paciente, el señor J, era un joven serio, un intelectual que experimentaba grandes dificultades para acceder a su vida emocional. Muy comprometido con su terapia, mantenía una actitud amistosa pero algo distante. El estilo intelectualizador del señor J le llevaba a ser un poco reiterativo y la doctora M era

consciente de que alguna vez tuvo que pelear contra el aburrimiento durante las sesiones; y esto era especialmente más evidente durante los contactos telefónicos. Habían llegado al acuerdo de utilizar el teléfono para mantener la continuidad durante sus largos viajes de negocios y, conscientemente al menos, la doctora M. se sentía cómoda con este acuerdo⁵.

Yo me preguntaba si la doctora M cometió el delito de leer revistas en un intento por enfrentarse con la inhibición emocional de su paciente. ¿Se había centrado en la revista ante un sentimiento inconsciente de indefensión por no poder contactar con su paciente emocionalmente poco implicado? ¿Estaba expresando la doctora M un resentimiento renegado hacia el señor J por sus frecuentes viajes de negocios, separándose emocionalmente al hojear las revistas? La doctora M se sentía muy carente de contacto en ausencia de la estimulación visual de las sesiones “en persona”; quizá había respondido a esta carencia volviéndose a las revistas para rellenar el elemento visual ausente. Su fuerte necesidad de establecer contacto, junto con el estilo esquizoide del señor J, se reforzaban durante estas sesiones telefónicas emocionalmente remotas.

Yo sentía que había realizado un buen trabajo de supervisión, pero me sorprendió escuchar a la doctora M decir con mucho embarazo que dudaba de que su acción pudiera ser explicada totalmente de este modo, debido a que habitualmente miraba revistas durante las sesiones telefónicas con diferentes pacientes. Aunque la doctora M sabía que esta actividad comprometía su atención, esperaba con agrado las sesiones telefónicas porque le proporcionaban una oportunidad para relajarse un poco.

Por tanto, a pesar de los aspectos propios de su respuesta al señor J, era evidente que sus faltas implicaban más bien una expresión crónica de oportunismo. La doctora M se aprovechaba de muchas sesiones telefónicas y, a veces, de las sesiones en diván, para revisar revistas y, en otras formas sutiles, buscar satisfacciones mientras “desempeñaba el rol” de la buena analista. Como ella misma lo planteó, durante las horas de terapia en las que se sentía aburrada, carente o, en otras palabras, poco implicada, hacía uso de su posición oculta a fin de “robar” algo para sí misma. Es destacable el hecho de que la doctora M no cometía estas infracciones al teléfono con aquellos pacientes más difíciles o alterados que “solicitaban” su atención. En esos casos, su buen self analítico habitual tomaba el control y ella funcionaba bien, mantenida por el contacto afectivo y la estimulación intelectual del trabajo⁶.

Al enfrentarse a estos hechos por primera vez, la doctora M expresó una culpabilidad intensa, junto con vergüenza y ansiedad, ante lo que identificaba como un fallo en su profesionalidad y el abandono de sus pacientes. Cuando intentamos dejar a parte los juicios morales y explorar la dinámica subyacente a sus delitos, la doctora M tomó conciencia de un sentimiento crónico de agotamiento y tensión que dominaba su vida laboral y que hasta ese momento había renegado. La necesidad de sustentar a su familia la había llevado a asumir un número exagerado de sesiones de terapia y después a intentar compensar la tensión por métodos sutiles. La doctora M comenzó a preguntarse si los pacientes que le resultaban más fáciles para trabajar con ellos, conocedores de las dificultades que ella había tenido para tomar abiertamente lo que necesitaba, habían percibido su tensión y de alguna manera le “permitían” estos periodos de respiro emocional. También tenía claro que no era mucho lo que podía hacer respecto a la actual tensión en su vida. Finalmente decidió mantenerse vigilante contra el peligro de aprovecharse de sus pacientes, teniendo más en cuenta la tendencia a esconder sus propias necesidades. En concreto, decidió abandonar las sesiones telefónicas excepto en casos de auténtica emergencia. Consciente también de su tendencia a retraerse del señor J, la doctora M intensificó gradualmente su implicación

emocional y comenzó a enfrentarse con el sutil *enactment* que había surgido entre ellos⁷.

Las faltas de la doctora M, que reflejaban la presión de unas necesidades desatendidas, parecían constituirse en gran medida fuera del campo relacional. Sin embargo, no es infrecuente que las faltas ocurran como respuesta a la dinámica de una diada terapéutica particular. Después de asistir a una charla mía sobre el tema de los delitos profesionales, el doctor L confesó que normalmente leía sus correos en su agenda electrónica cuando su paciente más “imposible” estaba en el diván, debido a que “No puedo soportar el escuchar sus quejas interminables”. Aunque era plenamente consciente de estar estafando a su paciente, al no prestarle toda la atención, no tenía conciencia de la dinámica personal que subyacía en ese acto. El doctor L dudaba en el fondo de su capacidad para ayudar a los pacientes y lograba apoyo en los comentarios confirmatorios que estos le hacían. Este paciente realmente tan difícil no le proporcionaba ninguna confirmación y, al inhibir su atención e implicación emocional, el doctor L actuaba (*enacted*) tanto sus dudas renegadas como su rabia hacia el paciente. Lo que a primera vista parecía ser una tremenda desatención hacia los derechos de su paciente a ser atendido, pasó a ser algo gobernado por una dinámica más compleja.

Faltas en Respuesta al Aburrimiento

Los analistas probablemente son especialmente vulnerables a cometer infracciones en terapias caracterizadas por sentimientos continuos de aburrimiento o de falta de implicación emocional. Al inhibirse momentáneamente de la experiencia terapéutica, el o la analista encuentra alivio para su aburrimiento y hace algo por sí mismo. Su inhibición puede incluso servir de apoyo a la terapia al proporcionar al paciente un gran espacio y, quizá, un espacio de sustentación (*holding*) (Modell, 1975; Bach, 1985). El analista, durante el proceso, puede haber intentado inconscientemente mantener la función terapéutica mientras se restablecía, de forma que pudiera volver a la relación terapéutica con mayor plenitud.

Los pacientes con buena implicación puede que no se percaten del nivel de implicación del analista, pues les basta con su propio empuje (Bach, 1985). Cuando los pacientes necesitan aislarse del contacto afectivo es probable que también rechacen de su conciencia las infracciones analíticas. Ya sea mediante la atención selectiva (Sullivan, 1953) o dejando esas experiencias sin formular (Stern, 1997), el paciente ignora esos aspectos de la falta de atención del analista que alterarían su experiencia de sintonización (Slochower, 1996). Al hacerlo así, el paciente y el analista protegen, o incluso conspiran, para mantener la relación terapéutica (Jacobs, 1991).

Las Faltas en el Contexto Profesional

Lo que constituye una falta está definido, en cierta medida, tanto desde un punto de vista personal como relacional. Cada relación terapéutica establece o, en cualquier caso, da forma a los límites profesionales en sus diferentes aspectos así como a las reglas que rigen el compromiso. No obstante, a pesar de los factores subjetivos y contextuales que definen las reglas de nuestra conducta profesional, el contexto normativo más amplio de una cultura psicoanalítica dada crea una normativa ética general que ejerce una presión considerable tanto en el paciente como en el analista.

Muchos psicoanalistas en Norteamérica programan sus citas (algo más breves) una

tras otra, realizan sesiones telefónicas, utilizan el correo electrónico, etcétera. Los analistas europeos me cuentan que no lo hacen así. En los Estados Unidos hemos incorporado los avances tecnológicos en el terreno terapéutico, probablemente en interés de la eficiencia. En otras culturas psicoanalíticas se considera que estos cambios son violaciones del contrato terapéutico. Y algunas conductas analíticas, que ahora son vistas con escepticismo, en los primeros tiempos de la historia del psicoanálisis estaban permitidas. Por ejemplo, los analistas habitualmente tejían, hacían ganchillo, permitían que sus perros o gatos estuvieran en consulta, vigilados y socializados junto con los pacientes.

Pero, en otros sentidos, el ideal psicoanalítico se ha relajado con el tiempo. La noción del *analista como persona* es mucho más aceptada hoy en día, y este cambio ha desplazado nuestro punto de vista de la relación terapéutica en una dirección más personal y menos formalizada. En muchas comunidades profesionales, aunque no en todas, se considera que es aceptable – e incluso central en la terapia – cierto grado de autodesvelamiento y de mutualidad. Los *enactments* son considerados como aspectos inevitables, incluso esenciales, del proceso analítico. Es más probable que veamos las infracciones profesionales a la luz de la dinámica relacional, e indagemos qué es lo que ha pasado, en lugar de condenar simplemente al analista por su mala práctica.

En este complejo contexto se hace difícil definir con precisión *qué es una infracción profesional*. Incluyo a continuación un ejemplo personal. Yo vivía y ejercía profesionalmente en Manhattan cuando los ataques terroristas del 11 de septiembre. En las semanas posteriores la ciudad se vio dominada por la ansiedad. Yo estaba preocupada por la seguridad de mis hijos cuando iban solos de casa a la escuela y viceversa. Descubrí que me ponía ansiosa cuando sonaba el teléfono. En un intento por manejar dicha ansiedad elaboré un “código”; les dije a mis hijos de que en caso de emergencia debían llamar y colgar tres veces seguidas y entonces yo cogería el teléfono, aunque estuviera en sesión. Al hacer esto estaba poniendo en suspenso mis propias normas terapéuticas (yo nunca cojo el teléfono durante las sesiones)⁸. Informé a mis pacientes sobre este cambio en la práctica.

En unas pocas ocasiones sonó el teléfono repetidamente y yo lo respondí. La mayoría de mis pacientes lo aceptaron como una cuestión de necesidad y hubo escasos comentarios. Unos pocos, sin embargo, reaccionaron con enfado o malestar. Sintieron que, al permitir que mi vida exterior se entrometiera en las sesiones, los estaba abandonando, así como mi rol como analista. Era mi responsabilidad el encontrar un modo para proteger el espacio terapéutico y no dejar que mis urgencias personales lo invadieran. Aunque pudimos realizar un buen trabajo en relación con sus reacciones, algunos pacientes estaban realmente alterados.

No está tan claro cómo asimilaban este cambio aquellos pacientes que lo aceptaron abiertamente. Algunos se identificaron conmigo y hablaron de su preocupación por la seguridad de algunos familiares y sus propios planes de emergencia. Ciertamente, la crisis de realidad produjo una presión considerable como para *no* reaccionar negativamente; después de todo, ¿cómo podía nadie poner objeciones ante la preocupación de un progenitor por la seguridad de sus hijos, en un momento en el que toda Nueva York estaba en un estado de choque y terror? Pero estos argumentos no excluyen la posibilidad de que también experimentaran mis acciones como una infracción.

Un colega que leyó este capítulo no creía que mi decisión de responder al teléfono fuera una infracción en absoluto. Después de todo, yo estaba respondiendo a un peligro real, intentando contener mi ansiedad y ocupándome de mis pacientes. ¿Acaso yo no estaba intentando negociar y manejar mi propia preocupación y lo que yo sentía no era por

el mejor interés de mis pacientes? Pero otra colega lo vio de manera muy diferente. Ella sintió que yo *había* roto mi compromiso de poner a los pacientes por encima de todo y había roto el encuadre terapéutico. ¿No podía haber encontrado alguna otra forma para manejar las situaciones de emergencia que hubieran sido más protectoras para mis pacientes?

Estoy de acuerdo con las dos visiones. Mi acto de responder al teléfono *era* un trastorno evidente para algunos pacientes y yo habría deseado encontrar una forma menos molesta de contener mis preocupaciones. Pero tampoco estoy segura de que eso hubiera sido posible. En las primeras semanas después del 11 de septiembre, la amenaza a la realidad cotidiana que planteaban los ataques terroristas anuló mi sentido de la normalidad, del “actúa como siempre”. La vida parecía “a disposición de cualquiera” y habría sido quizá una impostura que yo hubiera actuado de otra manera.

¿Actuación, Corrupción, Desfondamiento?

Los delitos profesionales son a veces una expresión de desfondamiento (*burnout*), agotamiento o de una tensión personal aumentada. Ya estén los analistas guiados por el interés profesional, la necesidad o la codicia, para ver más pacientes y hacer jornadas más largas, es casi inevitable una sensación creciente de presión interna. Y cuando no se permiten, o son incapaces de hallar otros lugares para restablecerse personalmente, el agotamiento emocional o físico puede convertirse en crónico. El analista, al cometer una falta, inconscientemente intenta recuperar algo y puede estar expresando, al mismo tiempo, una hostilidad negada hacia sus pacientes. La naturaleza asimétrica de la relación analítica (Aron, 1996) coloca al analista inevitablemente en una posición de mayor poder. Al cometer delitos, explotamos dicho poder y exponemos nuestras malas entrañas a la posición analítica que ya describiera Hoffman (1998)⁹.

El doctor F racionaliza que “todos los analistas tienen malas prácticas”, con lo que parece no experimentar ninguna culpa cuando ignora las reglas terapéuticas básicas y actúa su propio interés de muchas maneras. Al rechazar de forma consciente cualquier estructura de guía profesional, el doctor F se implica en una serie de acciones cada vez más psicopáticas y racionalizadas. Cuando se ve amenazado por un posible proceso emprendido por un paciente, renuncia a su licencia en lugar de enfrentarse a la perspectiva de una batalla legal. Sólo entonces toma conciencia de su abandono de la ética y de los criterios profesionales¹⁰.

Aunque probablemente la mayoría de los analistas nunca sucumben a estos tipos de infracciones flagrantes de su rol profesional, mi experiencia al elaborar este artículo me sugiere que muchos profesionales, con el tiempo, adoptan una actitud arrogante respecto a estas malas prácticas. De hecho, el único grupo profesional que no reaccionó mostrándose divertido fue un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos en formación, en Ginebra, Suiza. Estos jóvenes colegas respondieron de manera uniforme con indignación y estupor ante la idea de que hubiera analistas que cometieran estos actos. Atribuyeron las malas prácticas al desfondamiento, a la pérdida de los patrones éticos, o a ambos, y varios de ellos declararon que habrían abandonado su terapia si sus analistas hubieran cometido incluso la más leve de dichas infracciones. Como sugiere Chessick (1990, 1994), quizá la capa de cinismo que cubre la práctica profesional de sus colegas más viejos todavía no ha comprometido el idealismo de estos terapeutas más jóvenes.

El Ideal Analítico y sus Excesos

En contraste con el efecto sutil pero penetrante de la tensión profesional en la inclinación a cometer faltas con muchos pacientes, algunos delitos son provocados por factores exclusivos de configuraciones terapéuticas concretas. El analista reacciona ante un momento de la terapia o ante la dinámica de un proceso relacional con una asociación con necesidades y obligaciones no resueltas, un sentido de rebelión contra su propia teoría o incluso contra el ideal analítico.

Aunque la mayoría de nosotros obtiene importantes gratificaciones de nuestro rol analítico, también es cierto que a veces nos sentimos totalmente despojados – ya sea de forma real o simbólica – cuando nos esforzamos por prestar toda nuestra atención a cada paciente, dejando aparte todos nuestros asuntos personales, preocupaciones y estados emocionales durante la sesión. Inevitablemente, el esfuerzo por estar ahí con cada paciente se muestra a veces incompatible con nuestras propias necesidades. Pequeños “robos” analíticos pueden estar motivados por un esfuerzo inconsciente por equilibrar estos dos deseos – un compromiso interno más bien insatisfactorio entre el deseo de ser un buen analista y el deseo de satisfacer las necesidades personales.

Sospecho que muchas faltas contienen este elemento de negociación interna por parte del analista (Pizer, 1998). Esa negociación, un intento por equilibrar o regular necesidades en conflicto, se encarna y, al mismo tiempo, se camufla en actos delictivos. Hace algunos años, cuando estaba trabajando sobre este material, me sorprendí a mi misma cometiendo un fallo momentáneo que en mi opinión ilustraba uno de estos momentos de negociación interna. Muchas de estas negociaciones, quizá la mayoría, pasan sin ser advertidas y sospecho que este momento concreto habría permanecido fuera de mi conciencia de no haber estado escribiendo sobre infracciones.

Había encontrado una foto antigua de mi hija, con alrededor de diez años, ya mayor en aquel momento. En la foto aparecía con una radiante sonrisa, francamente adorable, y la dejé encima de un montón, esperando el momento en que pudiera ponerla en un álbum. Durante una sesión analítica con un paciente tranquilo y muy trabajador, bastante mesurado en su relación conmigo, extraje la foto y me quedé sonriendo ante la belleza juvenil y la viveza de mi hija. Quizá durante diez segundos me sentí embargada por un sentimiento de calidez y placer recordando un tiempo pasado, imaginando que la abrazaba y compartía su dicha. Se trataba de un placer robado. De forma breve, pero casi deliberada, me había apartado emocionalmente de mi paciente, aunque no perdía la pista de su proceso.

Reaccioné ante mi retirada momentánea con una punzada de culpa, pero también con cierta curiosidad. ¿Por qué había hecho eso? ¿Había utilizado inconscientemente este momento de contacto con mi muy afectiva hija para equilibrar la emocionalidad tan tranquila, triste y, en cierto modo, menos gratificante, existente entre el paciente y yo? Pero esta explicación implica que mi acción surgió exclusivamente de mi propio estado emocional, e ignora el elemento de *reenactment* probablemente implícito en ella. Me sentí preocupada de momento, como los padres de mi paciente; no había sido capaz de mantener mi atención, lo mismo que le había pasado con ellos.

Mi retirada, en cierto modo, podía haber representado una forma de *rêverie* (Ogden, 1994) de la que volví con una conciencia renovada de la dinámica de la relación terapéutica (Frankel, 2003) y un mayor compromiso con él. Quiero subrayar, no obstante, la *voluntariedad* con la que me había concentrado en aquella foto en contraste con el matiz más inconsciente de los *enactments* o de los fenómenos periféricos, cognitivos y

emocionales, que describe Ogden, durante los cuales *encontramos* que nuestra atención vaga por otro sitio. En este caso, yo me retiré brevemente de un compromiso emocional complicado y busqué un momento afectivo más simple y gozoso con mi hija.

Esta viñeta ilustra un compromiso inconsciente, un intento de autorregulación mediante el uso del delito que tomó la forma de una momentánea retirada de la implicación terapéutica. Tengo la sospecha de que estos lapsos breves eran mucho más abundantes de lo que yo reconocía. Cuando esos intentos fracasan en gran medida es cuando nos podemos encontrar cometiendo infracciones flagrantes del contrato analítico.

Faltas y Rebelión

Frankel (2003) ha sugerido que es probable que las faltas expresen un elemento subversivo, un rechazo a someterse a la autoridad. Al resistirnos a la simple tendencia a someterse al ideal psicoanalítico, luchamos por integrar identificaciones profesionales dispares. Mantenemos nuestra capacidad de juicio independiente sobre cómo usar cualquier posición teórica, elegir aquellas reglas prácticas a las que adherirnos y aquellas que rechazamos.

El concepto de subversión es difícil; implica rebelión contra la autoridad. Cuando intentamos destruir la autoridad no hacemos nada muy diferente de invertir la dinámica del poder, el controlado pasa a ser el controlador. La alternativa a la sumisión no es necesariamente la oposición. La oposición puede ser un desvío más que un compromiso genuino con la búsqueda de nuestra propia definición, de una posición propia e integrada, y no una mera reacción *contra* el ideal.

Nuestra Teoría y nuestra (Mala) Práctica

Bernstein (2003) ha sugerido que algunas teorías analíticas incrementan más que otras nuestra vulnerabilidad para cometer faltas¹¹. Yo no estoy de acuerdo. Probablemente es cierto que el modelo de Winnicott y el de la psicología del self insisten más que otros en que el analista excluya su subjetividad (ya me ocupé en otro lugar de este complejo asunto; Slochower, 1996, 2006). Una idealización de la posición analítica materna puede llevar así a que el analista actúe mediante infracciones profesionales cuestiones que son de su propio interés y que parecen incompatibles con un rol materno.

¿Quiere esto decir que si nos permitimos ser menos maternos no vamos a cometer faltas? ¿Qué decir del problema contrario? Por ejemplo, los analistas kleinianos o lacanianos (o, en lo que interese, los interpersonales o los relacionales) pueden *resistirse* a gratificar la necesidad aparente de sus pacientes de una respuesta maternal. ¿No es posible que se enfrenten a un dilema diferente pero, en definitiva, similar? ¿No podría ser que su esfuerzo por evitar el *deseo* de expresar sentimientos maternos provoque sus propios delitos? Aquí las infracciones del analista pueden ser una respuesta ante el sentimiento de privación emocional o del deseo de un mayor afecto o calidez de lo que permite el rol prescrito¹².

No creo que sea posible resolver la tensión entre el ideal analítico y los intereses del analista suscribiendo ningún modelo teórico particular (Slavin, 2000). Existen reglas inherentes a cada teoría y a cada técnica cuya observación puede resultar difícil al analista. Aunque la teoría puede apoyar una postura profesional y disciplinada (Aron, 1998) y contrarrestar la presión de las necesidades personales, el equilibrio es, inevitablemente,

imperfecto. Cada teoría probablemente minimiza la oportunidad de que expresemos algunos aspectos de nuestra persona en el trabajo, nos inclina hacia un tipo o tipos particulares de faltas y nos aparta de otros. No obstante, ninguna teoría nos proporciona la solución para evitar la colisión entre los intereses del analista y su compromiso de centrarse exclusivamente en los pacientes.

El Imperativo Moral y el Analista Moralizante

Mi intención era examinar la naturaleza y dinámica de las infracciones analíticas. Pero se trata de una difícil empresa. Puesto que todos somos culpables de algo, por muy pequeño que sea, es probable que este artículo provoque la culpabilidad o la ansiedad del lector. Puede que estos afectos interfieran, más que faciliten, el autoexamen. ¿Podemos enfrentarnos a la ubicuidad de nuestros intereses sin intensificar una voz de censura, superyoica? Si mi artículo representa un severo recordatorio difícil de llevar a la práctica, puede que anime a una actitud de externalización, minimizadora o renegadora, más que de autoexploración. Y si tú lees este artículo como algo moralizante, es poco probable que capte tu curiosidad en mayor medida que tus autorreproches.

Estoy abogando por una postura de reflexión y no de juicio sobre uno mismo. *Necesitamos* ideales profesionales, proporcionan una imagen de cómo deberíamos esforzarnos para ser analistas. La ética profesional deriva de una teoría moral subyacente en la que ciertas conductas están proscritas porque son consideradas éticamente inaceptables por la gran mayoría de los profesionales. Aquí está implícita la idea de que existe un “terreno ético común” (Wallerstein, 1990) compartido por los analistas. La ética profesional, verdaderamente, trasciende los detalles de diferentes teorías psicoanalíticas. Tenemos conciencia de la vulnerabilidad de nuestros pacientes y de nuestra obligación de atender a sus necesidades respetando los códigos de otros profesionales de la salud (p.ej., el juramento hipocrático).

Hay una posición analítica básica que atraviesa todas las divisiones teóricas. Se refiere a nuestro compromiso, durante la sesión de terapia, de colocar las necesidades de nuestros pacientes por encima de las nuestras y de enfrentarnos con cualquier resistencia que interfiera con ello. Aunque su intención sea autorreguladora, algunas faltas que cometemos van más allá de este objetivo y en la práctica *nos apartan* de nuestros pacientes. ¿No cometemos un acto de abandono con cada falta? Si nos centramos solamente en la forma en que esas acciones nos humanizan, contienen un *enactment*, o sirven para proteger el tratamiento ¿No estamos corriendo el riesgo de estar esquivando el impacto de estos momentos, complicado y a menudo silencioso?

No utilizo las palabras “faltas” (*misdeemeanors*) y “delitos” (*delinquencies*) en un sentido legal sino en la medida en que caracterizan la *experiencia* analítica. Nos adherimos a un código de conducta ética y somos desagradablemente conscientes de aquellos momentos en que cruzamos los límites y traicionamos ese compromiso básico. Nos enfrentamos a nuestras *propias voces* censoras cuando rompemos las reglas y ocultamos parte de lo que estamos haciendo ante nosotros, nuestros pacientes o nuestros colegas.

La Responsividad Idealizada del Analista

Tiene cierta ironía la noción de que para realizar buen trabajo analítico debemos estar presentes en la relación terapéutica, lo más completamente posible y con todo nuestro

sentimiento, mientras que nuestro objetivo será siempre utilizar nuestra humanidad al servicio de las necesidades de nuestros pacientes. Ciertamente, durante la última década hemos sido testigos de un cambio dramático en nuestra concepción de este ideal analítico. En la actualidad se acepta habitualmente que somos *personas* que luchan para funcionar como analistas en el encuentro terapéutico y, además, que nuestra subjetividad enriquece y profundiza el trabajo analítico. Pero, mientras que existen multitud de formas de controlar nuestras emociones cuando trabajamos sin cometer faltas, en ocasiones la presión de nuestras necesidades puede no ser adecuadamente resuelta dentro de las restricciones de nuestro rol analítico. A pesar de los beneficios terapéuticos potenciales de nuestra subjetividad, también hay momentos en que esa subjetividad se transforma en deseos personales, necesidades, vulnerabilidades y respuestas idiosincrásicas que chocan con nuestro compromiso profesional y lo invalidan.

Todos experimentamos una presión interna para negar la invasión de nuestras necesidades, y más aún de nuestros intereses personales, en la práctica profesional. Cada analista puede responder a diferentes dimensiones del ideal analítico con una creciente sensación de presión. Pero todos tenemos que enfrentarnos con la intensidad de las demandas emocionales que este trabajo implica, especialmente durante periodos de estrés personal, enfermedad u otras formas de crisis.

Winnicott (1947) sugirió que el analista expresa su egoísmo o su odio hacia el paciente de manera simbólica, por ejemplo, señalando de forma estricta el final de la sesión. Consideraba que esta expresión servía de apoyo para el tratamiento y para el analista, y que le permitía ser más efectivo.

¿Pero qué ocurre cuando estas expresiones simbólicas de las necesidades no son suficiente? ¿Somos capaces de mantenernos atentos a los pacientes durante la mayor parte de la jornada más de lo que se requiere, quizá, en cualquier otra profesión? A no ser que peleemos conscientemente y dominemos contra nuestra codicia, sentido de carencia o egoísmo (Kraemer, 1996; Slavin y Kriegman, 1998), es casi inevitable que esos sentimientos en definitiva sean secuestrados y, por tanto, se expresen de forma ilícita.

El ideal analítico supone una desatención de aquellas dimensiones del analista como persona que *no* forman parte de la relación terapéutica. Las faltas están virtualmente siempre presentes precisamente porque encontramos muy difícil reconocer abiertamente y trabajar con el conflicto existente entre nuestro egoísmo auténticamente humano y las demandas todavía excesivas de esta “profesión imposible”.

Las faltas en el análisis alteran el contrato terapéutico y constituyen así un auténtico fracaso en la función analítica. Pero también reflejan nuestra perdurable e inmutable humanidad, los límites de nuestra capacidad para suspender totalmente las necesidades personales en un contexto que así lo requiere. Como analistas debemos enfrentarnos a la necesidad paradójica de abrazar el ideal analítico, su inevitable colisión con nuestra humanidad real y limitante, y, al mismo tiempo, la necesidad de mantener una pelea consciente y permanente contra el abandono de dicho ideal.

REFERENCIAS

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Aron, L. (1998). Clinical choices and the theory of psychoanalytic technique. *Psychoanal. Dial.*, 8:207-216.
- Bach, S. (1985). *Narcissistic States and the Therapeutic Process*. New York: Aronson.
- Bernstein, J. W. (2003), Analytic thefts: Commentary on papers by Joyce Slochower and Sue Grand. *Psychoanal. Dial.*, 13:501-511.
- Chessick, R. (1990). In the clutches of the devil. *Psychoanal. Psychol.*, 7:142-151.
- Chessick, R. (1994). On corruption. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 22:377-398.
- Frankel, J. (2003). Our relationship to analytic ideals: Commentary on papers by Joyce Slochower and Sue Grand. *Psychoanal. Dial.*, 13:513-520.
- Gabbard, G. & Lester, E. (1995). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Goldberg, A. (2000). *Errant Selves: A Casebook of Misbehavior*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Grand, S. (2000). *The Reproduction of Evil: A Clinical and Cultural Perspective*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Hoffman, I.Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Jacobs, T.J. (1991). *The Use of the Self: Countertransference and Communication in the Analytic Situation*. Madison, CT: International Universities Press.
- Kraemer, S. (1996). "Betwixt the dark and the daylight" of maternal subjectivity: Meditations on the threshold. *Psychoanal. Dial.*, 6:765-791.
- Modell, A. H. (1975). A narcissistic defense against affects and the illusion of self-sufficiency. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 56:275-282.
- Ogden, T. H. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson.
- Ogden, T. H. (1997), *Reverie and interpretation: Sensing something human*. Northvale, NJ: Aronson.
- Pizer, S. (1998). *Building Bridges: The Negotiation of Paradox in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Slavin, M. O. (2000). Hate, self-interest, and 'good-enough' relating. *Psychoanal. Inq.*, 20:441-461.
- Slavin, M. O. & Kriegman, D. (1998). Why the analyst needs to change: toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process. *Psychoanal. Dial.*, 8:247-284.
- Slochower, J. (1996). *Holding and Psychoanalysis: A Relational Perspective*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Slochower, J. (2006). *Psychoanalytic Collisions*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: Norton.
- Wallerstein, R. S. (1990). Psychoanalysis: The common ground. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 71:3-20.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the countertransference. In: *Collected Papers: Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1975, pp. 194-203.

NOTAS

¹ Traducción castellana de Carlos Rodríguez Sutil.

² Psicoanalista. Miembro de IARPP. Autora de numerosos trabajos, entre ellos el libro: *Psychoanalytic Collisions*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press, 2006.

³ Sue Grand (2000) ha ilustrado potentemente la dinámica de dichas relaciones explotadoras en su discusión sobre la maldad humana.

⁴ Goldberg (2000) ha explorado extensamente el papel de las violaciones, desde la perspectiva psicoanalítica, utilizando casos de pacientes culpables de delitos serios.

⁵ Es interesante considerar si el uso del teléfono supone un potencial para que el analista cometa delitos. En los primeros tiempos del psicoanálisis, ciertamente, esta misma modalidad habría sido puesta en cuestión. ¿Acaso un analista que utiliza el teléfono se siente inconcientemente menos analista, libre de las constricciones y obligaciones profesionales? ¿Aquellos analistas con tendencia al delito son atraídos por modalidades terapéuticas, como el teléfono, por las oportunidades que permiten?

⁶ Un colega que leyó este trabajo me comentó que la disponibilidad de la doctora M a mostrarse durante el contexto de supervisión no era usual. Estoy de acuerdo. Supongo que el tratarse de una supervisión privada, fuera del marco de formación del instituto, desempeñó un papel importante para crear una atmósfera abierta que le permitió aprovechar la oportunidad. Además, es más probable que dichas "confesiones" se produzcan durante relaciones de supervisión prolongadas e íntimas que en otros casos. En verdad no es sorprendente que estos asuntos entren en los procesos de supervisión, pues dichas confesiones requieren un alto grado de confianza entre colegas.

⁷ La doctora M decidió no confesar sus faltas al señor J. Aunque sus sentimientos de culpabilidad se habrían visto aliviados mediante la confesión, la doctora M sintió que su paciente no solo se iba a sentir traicionado sino que también se iba a atacar a sí mismo de manera masiva por su fracaso en mantener la atención de su analista. Durante los meses posteriores la doctora M estuvo atenta a cualquier evidencia de que el señor M hubiera tenido subliminalmente alguna constancia de este periodo de falta de atención. No encontró ninguna.

⁸ Lo que parecía un plan razonable se complicó por una eventualidad que no había previsto: en más de una ocasión se produjeron varias llamadas de forma secuencial lo que me llevó a responder a llamadas de, según parece, cualquiera pero no de mis hijos.

⁹ Este "lado oscuro" del encuadre analítico puede expresarse, por ejemplo, en la solicitud, potencialmente explotadora, por parte del analista de publicar material de un paciente concreto.

¹⁰ Resulta interesante el hecho de que, a pesar del uso frecuente de mis colegas del "robo" como metáfora para describir sus faltas, sólo un analista mencionó un delito de dinero. ¿Es tan profundamente rechazable el área de los delitos financieros, por no mencionar los aspectos legales, que los analistas evitan cometerlos? ¿O puede ser que los analistas no reconozcan que cobran de más a los pacientes, o que les roban de cualquier otro modo, debido a estas graves implicaciones?

¹¹ Bernstein (2003) subraya especialmente la presión que ejerce sobre los analistas el modelo winnicotiano.

¹² Es importante señalar que las diferencias teóricas influyen en la técnica (p.ej., en qué medida intentamos ser expresivos u opacos) y pueden llevarnos a actuar de manera totalmente diferente con nuestros pacientes. En consecuencia, un freudiano puede sentirse estupefacto por la disponibilidad de un relacional al autodesvelamiento; un winnicotiano, por el rechazo de un kleiniano a responder preguntas. Estas diferencias, sin embargo, no suponen faltas ni, necesariamente, casos de "acting out" o de "acting in". Creo que es importante limitar el concepto de infracciones profesionales a aquellos momentos en los que violamos un código ético que *sobrepasa* las diferencias interteóricas en la técnica.