

La revelación de la contratransferencia erótica a debate. Davies versus Gabbard

Discussing erotic countertransference disclosure. Davies versus Gabbard

Mónica de Celis Sierra

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica (España)

Reseña basada en los siguientes artículos:

- Davies, J. M. (1994a). Love in the afternoon. A relational reconsideration of desire and dread in the contratransference. *Psychoanalytic Dialogues: The International journal of relational perspectives*, 4(2), 153-170. <https://doi.org/10.1080/10481889409539>
- Davies, J. M. (1994b). Desire and dread in the analyst. Reply to Glen Gabbard's commentary on "Love in the afternoon". *Psychoanalytic Dialogues: The international journal of relational perspectives*, 4(2), 503-508. <https://doi.org/10.1080/10481889409539034>
- Davies, J. M. (2013). My enfant terrible istwenty: A discussion of Slavin's and Gentile's Retrospective reconsideration of "Love in the Afternoon". *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 23(2), 170-179. <https://doi.org/10.1080/104818852013772479>
- Benjamin, J. y Gabbard, G. ". *Psychoanalytic Dialogues: The international journal of relational perspectives*, 4(2), 193-213. <https://doi.org/10.1080/10481889409539013>

Introducción

El artículo central de Jodie Davies que nos ocupa (1994a), "Love in the afternoon. A relational reconsideration of desire and dread in the countertratransference" se publica en una época en la que la preocupación por el trauma sexual temprano y las distintas formas de incesto enmarcan el tema, silenciado en la comunidad psicoanalítica, del contacto sexual real entre paciente y analista. Es importante no perder de vista el año de publicación del artículo y recordar que el psicoanálisis relacional estaba lejos de tener la consolidación y prestigio del que goza actualmente. La propia *Psychoanalytic Dialogues* había sido fundada por Stephen Mitchell hacía apenas tres años. Es en este contexto que se puede entender el impacto que el artículo de Davies tuvo y las reacciones apasionadas que suscitó.

El modelo bipersonal derivado del giro relacional sostiene que las fantasías, sentimientos y acciones del analista se entienden mejor dentro de lo que podemos llamar reactuaciones [reenactments] de relaciones de objeto tempranas del paciente en colusión con las del propio terapeuta. El análisis de estas reactuaciones permitirá ampliar el espacio terapéutico transicional de manera que el paciente pueda explorar nuevos modos de relación dentro de un entorno seguro y de indagación. Los sentimientos y sensaciones eróticas del analista no pueden quedar arbitrariamente por fuera de este campo de investigación analítica. Pero, ¿cómo lidiar con un material tan altamente inflamable? Davies, con franqueza y valentía, teniendo en cuenta que está abordando un tema sobre el que hay pocas referencias y proponiendo un abordaje que sabe que será seriamente cuestionado, nos trae una viñeta clínica en la que se encuentra experimentando hacia un paciente intensos sentimientos eróticos que no encuentra la manera de manejar terapéuticamente. La discusión de Gabbard, un estudioso de las transgresiones sexuales en la diada analítica, aporta una necesaria visión crítica de la exposición de Davies y le permite a esta, finalmente, matizar y aportar argumentaciones nuevas a su propio planteamiento. Un último artículo de Davies, escrito veinte años después, tras la maduración de sus desarrollos teóricos sobre la sexualidad, con el título de “*My enfant terrible is twenty*”, cierra este repaso a uno de los temas más controvertidos de la escena analítica contemporánea.

La arriesgada apuesta de Davies en “Love in the Afternoon”

Davies nos introduce en primer lugar en la literatura existente acerca del deseo contratransferencial, advirtiéndonos de su limitación. El área más amplia de la transferencia erótica sobre la que se estaba escribiendo en la época incidía en la cuestión del miedo a la regresión por temor a la fusión con la madre preedípica omnipotente. Aunque algunos autores hablan de la resistencia contratransferencial al desarrollo de las transferencias eróticas, ninguno, en opinión de Davies, entra realmente a indagar más allá, salvo algunas excepciones que la autora encuentra relevantes.

Searles (1965) es el primer analista que, en 1959, explora sus propias experiencias eróticas. Está convencido de que aunque la renuncia a los deseos edípicos se internaliza a través del superyó, la internalización del deseo amoroso mutuo entre la figura parental y el niño se convierte en una importante función yoica. Este proceso se volvería a jugar en la transferencia-contratransferencia y estaría presente en la etapa final de todos los tratamientos exitosos:

Mientras que las relaciones del niño con sus padres sean saludables, este adquiere la fuerza para aceptar lo no realizable de sus deseos edípicos, no principalmente a través de la identificación con el padre [o madre] rival que prohíbe, sino sobre todo, más bien, a través de la experiencia fortalecedora del yo de encontrar que el padre [o madre] amado es recíproco en su amor (...) y renuncia [al niño] solo con un sentimiento de pérdida por su parte. (pp. 301-302).

Searles sigue afirmando, sin embargo, que la conciencia del analista de sus propios sentimientos eróticos es suficiente, que el paciente los percibirá [sense] y que la expresión abierta de tales experiencias contratransferenciales pone al analista en terreno pantanoso. No comenta extensamente sobre la resistencia a veces intensa del paciente a reconocer su transferencia pero insinúa, en opinión de Davies, que el obstáculo para ello puede ser contratransferencial.

Kumin (1995) afirma que la reacción a la toma de la conciencia de los sentimientos transferenciales o contratransferenciales implica sentimientos tan aversivos -como vergüenza, humillación, frustración- que la denomina “terror erótico” [erotic horror]. También cree que es el deseo del analista el que inhibe el desarrollo y elaboración de la transferencia erótica. Welles y Wrye (1991) van un paso más allá, hablando de transferencia y contratransferencia erótica maternal. Hacen énfasis en el movimiento desde una sensualidad corporal diádica preedípica temprana, hacia una mutualidad erótica, edípica y triangular, hasta una percepción de la madre/analista como un objeto total más integrado. Wrye (1993) incide en la necesidad de que el analista elabore sus propias resistencias contratransferenciales en este tipo de experiencia.

Davies cree que es irónico que el psicoanálisis comenzara su andadura con el reconocimiento de la sexualidad infantil, de los deseos incestuosos, y su impacto en la organización de la fantasía infantil. Así, el tratamiento se dirigió a desenredar las identificaciones, deseos eróticos e impulsos agresivos tal y como configuraban de manera individualizada cada mundo de objetos internos. La técnica se organizó alrededor de la comprensión de la transferencia (las fantasías del paciente sobre el analista y su deseo hacia él), en la convicción de que esto reflejaba la relación temprana del paciente con las figuras significativas de su vida infantil. Enseguida se entendió como importante el maximizar estas experiencias transferenciales y mantenerlas *puras*, libres de la influencia de la persona real del analista. El ideal consistía en que el paciente tuviera unas vivencias transferenciales muy intensas, de manera que el analista pudiera ayudarle a elaborar esas distorsiones para así alcanzar el *insight* a través de la interpretación de sus raíces históricas. En este modelo, *la abstinencia y la neutralidad se convirtieron en el sine qua non de la técnica analítica*. El analista, visto desde este paradigma, solo era el objeto de los deseos del paciente y únicamente la frustración de los deseos edípicos de este podría hacer emerger la neurosis de transferencia que luego se podría interpretar.

Las cosas en la escena analítica habían cambiado mucho desde los comienzos, y en el momento en que Davies se sitúa en este artículo había ya muchos clínicos que entendían el proceso psicoanalítico desde un enfoque bipersonal y consideraban insostenible la concepción clásica de la neutralidad. Más bien, lo que se esperaba es que la diada analítica se enredara en reactuaciones [reenactments] de las experiencias tempranas, que podrían iluminar las dificultades interpersonales e intrapsíquicas actuales del paciente. De esta manera, se abrirían en el espacio analítico áreas de experiencia prematuramente cerradas y no formuladas.

Entiende Davies que si la reactuación dentro de la transferencia-contratransferencia es algo más que una retraumatización iatrogénica, tiene que suceder algo distinto de manera que aquella sea solo parcial e implique la aparición de algo nuevo. La presencia contenedora del analista transformaría las experiencias traumáticas tempranas del paciente. El analista sería por un lado un “imán” (p. 157) que saca a la luz sistemas inconscientes de *self* y objeto, y por otro un “arquitecto” de un espacio transicional donde esos sistemas pueden jugarse y reconfigurarse de maneras más “armoniosas”. En un modelo así, la historia concreta que conforma la experiencia subjetiva del analista en el encuentro analítico no puede ignorarse, ya que es “nada menos que un cauce a través del cual se gana acceso a aspectos todavía inarticulados de la experiencia del paciente”.

En su intento de comprender las resistencias que subyacen a la dificultad para tratar el tema de la contratransferencia erótica del analista, Davies pone el foco en dos áreas específicas. La primera tiene que ver con que la teorización sobre lo edípico estaría

arraigada en la teoría de la pulsión y la psicología del yo, con sus fundamentos en la necesidad de que el niño acepte la imposibilidad de sus deseos incestuosos, la implementación de las defensas del yo, las soluciones sublimatorias y la internalización superyoica (en fin, la disolución del Complejo de Edipo, en palabras de Freud [1924/1992]). Esta perspectiva ensombrece la intensidad de la experiencia del amor edípico idealizado entre el niño y el adulto, con sus vivencias de poder, rendición y deseo físico. De la misma forma, los aspectos eróticos, corporales, de la experiencia, que se codifican en paralelo a la configuración mental de los sistemas del *self* y del objeto, se desestiman como relacionados con funciones mentales primitivas, que solo tienen relevancia en estados patológicos.

Aclara Davies que los analistas contemporáneos han ampliado nuestra noción de los procesos complejos que se despliegan en la experiencia y resolución del Edipo clásico. Fast, Benjamin, Dimen y Ogden, por citar solo unos cuantos, mencionan lo que se podría llamar “juego transicional edípico” (p.158), en el que el niño pequeño experimenta identificaciones primarias e intercambios eróticos con los padres de los dos sexos. Pero incluso en estos planteamientos se hace el énfasis en los procesos identificatorios que permiten la renuncia y la comprensión final de que aquello a lo que renunciamos, al aceptar la diferencia entre sexos, puede ser reencontrado en el descubrimiento erótico del otro. La autora echa en falta que se hable más del cuerpo del niño, en la convicción de que la experiencia erótica ocurre en la interfaz entre la experiencia mental y la fisiológica. Entiende que existe un sustrato de experiencia codificada de manera somática que correría en paralelo pero esencialmente disociada, en la mayoría de los casos, de las operaciones más cognitivas. El patrón temprano que marcará el potencial adulto para la pasión erótica, así como las dificultades para lograr intimidad y deseo, se formarían en esta fase de “experimentación edípica transicional” (p.159).

Parece que la referencia a la centralidad de lo corporal hace que Davies sienta necesario aclarar que no desea volver a las teorías pulsionales, “impersonales y endógenamente organizadas”. Se acercaría más a la conceptualización de Fast (1992) de que “las unidades básicas de la experiencia son interacciones corporales entre el *self* y el otro” (p. 396) o la visión de Bollas (1988) del objeto temprano como transformador del sujeto. El niño, a través de las identificaciones tentativas, internaliza matrices cada vez más complejas de *self* y representación de objeto, una organización paralela de autoexperiencia codificada en un lenguaje de sensaciones, siendo un error derivado de la teoría de la pulsión entender este aspecto de la experiencia del *self* como importante solo durante el desarrollo temprano, o cuando estados mentales primitivos prevalecen. Davies denuncia que, en el intento de superar la teoría pulsional, se ha descartado la realidad de la sexualidad como consecuencia de la sensación física cambiante en relación a las relaciones interpersonales específicas fantaseadas.

Una organización de las experiencias del *self* en relación con otro en la que el amor, la vergüenza, la idealización, la envidia, la rabia no son solo palabras sino sistemas de sensación física, elusiva, cambiante y rara vez, si alguna, verbalizadas en el discurso interpersonal normal [cursivas añadidas]. (p. 159).

En el ámbito clínico del deseo sexual sería necesario que pudiéramos leer ese “subtexto esencial de la relación interpersonal” (p. 160) tal y como afecta a paciente y analista. A menudo en este marco se puede acceder a estados reprimidos y disociados de experiencia eróticamente cargada que de otra manera sería inaccesible al discurso verbal que domina la investigación clínica. Pero nos han enseñado a evitar esas experiencias físicas y a creer

que los silencios son neutrales, aunque deberíamos saber que tales silencios incómodos y llenos de significado son los preliminares de las actuaciones sexuales.

Si seguimos entendiendo el paso de lo fisiológico a lo mental como una progresión evolutiva, viendo esos estados como modos primitivos de expresión, nuestras teorías favorecen el cierre prematuro de la experiencia erótica, perdiendo así un aspecto de la organización del *self* y un lenguaje diferente a través del cual entender aspectos altamente conflictuales de las relaciones del paciente con otros significativos. Solo integrando estos aspectos a menudo disociados del *self* en relación con otros, “lo puramente físico y lo puramente mental, podemos forjar la muy necesaria integración de mente y cuerpo tan necesaria [para] experimentar deseo erótico” (p. 160).

¿Cómo se lograría esto según Davies? La respuesta se basa en lo que se ha descrito antes como la habilidad del analista de moverse entre el papel de *imán* para las reactuaciones de experiencias de relación de objeto pasadas y su función de contención tanto para la experimentación de lo viejo como para la facilitación de lo nuevo. Según paciente y terapeuta se sumergen en experiencias específicas de relación de objeto del pasado, el sustrato fisiológico de la experiencia volverá a emerger y el analista, como participante *pleno* en la tarea analítica, querrá sentir y procesar sus propios estados somáticos que acompañan el juego entre *self* y objeto en la contratransferencia erótica, a la vez que reconoce los estados en las transferencias eróticas del paciente.

El segundo punto de resistencia a la exploración de la subjetividad sexual del analista derivaría de “la reticencia a ver al padre y, por extensión, al analista, como un pleno participante en la situación edípica erótica” (p.161). Ya sabemos que la renuncia de Freud a la hipótesis de la seducción cambió el énfasis desde el trauma sexual temprano a las vicisitudes de las fantasías y configuraciones edípicas. Pero también cambió para siempre el foco desde el padre cuyos deseos eróticos y agresivos fuera de control traumatizan al niño, a la exploración de las fantasías sexuales y deseos de este hacia unos padres que serían solo objetos desapasionados de deseo. Así, el analista puede retirarse seguro a un modelo unipersonal, que aísla la fantasía y las sensaciones fisiológicas del paciente, como si pudieran estar separadas de las fantasías y sensaciones del analista.

Davies propone que, con un *timing* adecuado, el paciente pueda llegar a conocer al analista como sujeto de sus propias sensaciones y deseos eróticos. Cuando el marco analítico tradicional es usado de manera defensiva por el paciente para evitar tomar conciencia de la subjetividad sexual del analista, sugiere que ocurren ciertas confusiones de límites que son contraterapéuticas: “El paciente, como el niño edípico sobreestimulado, soporta el peso de la culpa por sus propios deseos eróticos, así como el peso de mantener negada la conciencia del interés e implicación recíprocos del padre” (p. 162). Cuando el analista es reticente a ver sus respuestas sexuales como una parte del proceso de contratransferencia, se reactuaría un *escenario perverso*. A veces la neutralidad analítica puede ser la reactuación en la transferencia de una gratificación inducida contratransferencialmente del masoquismo erotizado del paciente.

Nos recuerda Davies que en la introducción del libro de Masud Khan (1979) *Alienación en las perversiones* [Alienation in Perversion] se dice: “El argumento básico de este libro es que el perverso coloca un objeto impersonal entre su deseo y su cómplice; este objeto puede ser una fantasía estereotipada, un artilugio o una imagen pornográfica. Las tres alienan al perverso tanto de sí mismo como, por desgracia, del objeto de su deseo” (p. 9).

A continuación, Davies nos trae una viñeta clínica con la que quiere mostrarnos, por un lado, la importancia de que el analista no desprecie de manera defensiva la relevancia de los correlatos corporales de la fantasía erótica y, por otro, la necesidad de que el analista reconozca su participación en las fantasías eróticas del paciente y a veces lo revele en el tratamiento.

M., de 27 años, era un estudiante de matemáticas inmerso en un mundo de números y abstracciones. Aunque tenía fantasías eróticas con mujeres, no llegaba a hacerlas realidad porque, al llegar la ocasión, se sentía ansioso, sudaba y sentía náuseas. Si una mujer se acercaba a él con interés erótico, se comportaba con frialdad y la rechazaba. Somatizaba mucho y se consideraba débil y poco atractivo. Desarrolló una transferencia muy erotizada, con una fuerte idealización de Davies y fantasías que relataba con detalle en sesión. La analista se encontró pronto disfrutando de estas ensoñaciones y sumergiéndose fantaseadamente en el escenario de la pasión edípica con él.

El patrón en las sesiones se repetía. M. entraba con timidez e iba estableciendo una intimidad e intensidad creciente. A veces lo verbalizaba, otras era Davies la que percibía sus propios estados fisiológicos como “subtexto erótico” (p. 163) de las sesiones. Cada vez que Davies intentaba intervenir respondiendo a los contenidos manifiestos y latentes del proceso, la actitud del paciente cambiaba. M. entonces parecía desmoronarse y su voz se volvía quejumbrosa, afirmando que no tenía derecho a sus sentimientos hacia la analista. Daba por hecho que estos no podían ser compartidos por ella, que se reiría al comentar la situación con sus amigos. Frente a esta reacción que se daba una y otra vez, Davies solo podía suponer que la experiencia de esa mutualidad erotizada estaba siendo experimentada por el paciente como una transgresión traumática de fronteras que precipitaba una reestructuración de la constelación *self* y objeto del momento, donde él no se sentía ya la misma persona para la analista. Por parte de la propia Davies, la sensación de calidez desaparecía para dejar lugar al enfado, a la sensación de haber sido seducida y engañada. Se le revolvía del estómago y sentía miedo de manera muy corporal. Dejándose llevar por sus propios estados de activación, deseo, celos, inhibición, miedo... se hizo evidente para Davies que esas experiencias contratransferenciales eran una especie de mapa de ruta a través de las configuraciones de representaciones de *self* y objeto según estas iban transformándose dentro de las matrices transferenciales-contratransferenciales que se sucedían en el trabajo analítico.

Llegó también un tiempo en el análisis cuando el paciente necesitó confrontar a la analista como ser sexual, y manejar la intensa reacción que esa comprensión suponía. Siguiendo las indicaciones de las reacciones emocionales y físicas, según iban dando lugar a reactuaciones e interpretaciones de ciertos aspectos de su mundo interno, se fue haciendo claro que la madre del paciente había sido muy seductora, romántica y que lo había erotizado, aunque no de manera física. Durante largas tardes le leía las leyendas del rey Arturo y los caballeros de la mesa redonda, teniendo él la fantasía recurrente de que la madre era Ginebra y él mismo Lancelot, con su padre en el papel del traicionado Arturo.

Davies trató de entender con el paciente la sensación repetida de miedo que ella sentía y a la que seguía un apagamiento de la experiencia erótica en la contratransferencia, y así fueron apareciendo otros aspectos de la experiencia del paciente con su madre. M. recordaba que todo iba bien mientras que él no respondía abiertamente a los mimos maternos. Si se acercaba demasiado, o suspiraba con anhelo, ella se transformaba mirándole con horror y rechazo, como si supiera lo que él sentía y le repugnase. El paciente era consciente de que esto podía tener que ver con el hecho de que él, en la

realidad de su vida actual adulta, no pudiera soportar que una mujer le respondiera eróticamente, con que temía que cambiara de opinión repentinamente y eso le hiciera sentirse humillado.

Aunque eso representaba una elaboración parcial, el paciente no podía aceptar la interpretación de Davies de que quizás “su madre lo que sentía era rechazo hacia sus propios deseos sexuales hacia su hijo (...), que tal vez cuando él respondía de ciertas maneras era ella la que se excitaba más, sobrepasando incluso su propio umbral para la negación” (p. 165). M. se enfurecía con esas sugerencias, sosteniendo que Davies sabía perfectamente que eso era imposible: las madres no tenían permitido tener deseos sexuales hacia sus hijos, del mismo modo que los analistas no podían tener tales sentimientos hacia sus pacientes. Esta exhortación del paciente mantuvo la respuesta sexual de la analista bajo control durante algún tiempo, tal y como la madre de M. había controlado la suya propia. Por ello, cuando Davies percibía tales sentimientos, lo hacía sintiéndose avergonzada, con sensación de estar cayendo en una mala praxis. Cree Davies que en esta fase estuvieron paciente y analista atrapados en un escenario perverso, donde se hacía imposible moverse hacia la experiencia de verdadero deseo erótico y comprensión. Trayendo la formulación de Khan anteriormente citada, Davies cree que interpuso entre el paciente y ella misma la adherencia a una teoría impersonal, que sostiene que esa contratransferencia debe ser entendida y elaborada solo por parte del analista, y que la excitación sexual no podía ser compartida sin “cometer un acto de incesto simbólico” (p. 165). El paciente colocó entre ellos dos la fantasía estereotipada de que los padres no sienten excitación sexual por sus hijos, de la misma forma que una analista no tiene tales sentimientos hacia su paciente. Davies afirma de que esa manera ella estaba “gratificando de manera sádica las asunciones fundamentalmente masoquistas del paciente sobre la naturaleza de [la] relación y su relación con las mujeres en general”.

Para salir del *impasse* era necesario superar una multitud de resistencias contratransferenciales, entre las que estaba el temor a ser para el paciente una madre preedípica atemorizadora. M. negaba inflexiblemente la realidad de que él podía ser el objeto del deseo sexual de una mujer y se veía como víctima de un amor no correspondido tras otro: ese bloqueo en el tratamiento hacía inútiles todas las otras opciones interpretativas que podían ser menos arriesgadas. Sintiendo que no existía otra alternativa honesta, un día Davies le revela al paciente que ha tenido fantasías sexuales con él tanto en sesión como fuera de ella. M. reacciona con ansiedad y agitación física. Davies añade:

Por supuesto que no actuaremos de acuerdo con esos sentimientos, pero tienes tanta determinación en negar que una mujer puede sentirse de esa manera, que tu madre pudo haberse sentido de esa manera, que no puedo pensar en otra forma más directa de hacerte saber que eso es simplemente falso. (p. 166).

El paciente se enfurece hasta un punto en que nunca le había visto, está fuera de sí: la considera perversa, no solo inmoral como terapeuta, sino probablemente también perversa como madre, cree que tiene que denunciarla como profesional, incluso por abuso de menores. Sin darse cuenta de lo que dice, murmura: “Me pones enfermo, me voy a poner enfermo. Dios, voy a vomitar”.

Las sensaciones físicas del paciente, sus náuseas, permitieron a Davies escapar de las angustias relacionadas con la ética profesional y reenfocarse en restablecer la operatividad del trabajo con la transferencia-contratransferencia:

No creo que haya nada enfermo ni desagradable en los sentimientos sexuales que ninguno de nosotros hayamos tenido aquí... Al ver tu asco y repugnancia hacia mí, creo que estoy entendiendo ahora cómo tu propia sexualidad te hizo sentir enfermo cuando tu madre se retiró horrorizada. Te sentiste perverso y criminal y temiste la venganza. El rey Arturo era un tipo poderoso.

El paciente añade: “Y Ginebra era muy hermosa”. “Pero”, puntualiza Davies, “Ginebra sabía que sus sentimientos sexuales surgían de ella; no responsabilizó a ningún otro”. El paciente empieza a llorar, golpeando su puño contra la palma de la mano repetidamente. Entonces Davies le señala que su enfado tiene que ver con que se ha sentido forzado a llevar consigo el rechazo, repugnancia y vergüenza de su madre acerca de sus propias sensaciones eróticas [las de ella], sintiendo que la vergüenza era de él. Y que se ha sentido enfermo al conocer la sexualidad de Davies de la misma manera que siente ganas de vomitar cuando una mujer le seduce, tal vez porque también se sintió enfermo por la excitación de su madre. Por último, se aventura a sugerirle que tal vez esté enfadado con la analista por haberle dejado, como su madre, toda la responsabilidad por los sentimientos sexuales entre ellos.

La viñeta, que condensa muchas intervenciones en distintas sesiones, ilustra cómo los estados corporales de la terapeuta sirven de mapa dentro del campo minado de las reactuaciones transferenciales-contratransferenciales y cómo el reconocimiento de la subjetividad sexual de la terapeuta dentro del encuadre permitió entrar en un área de la realidad psíquica del paciente que se había mantenido disociada.

En sus conclusiones, Davies es consciente de las respuestas que puede esperar a su artículo. Entiende que algunos descartarán su intervención como resultado de problemas contratransferenciales no resueltos. Otros, quizás más cercanos a entender la centralidad de la respuesta contratransferencial, podrán sentirse incómodos con el contenido específico de esta viñeta, que considerarán refleja una intervención de “último recurso” (p.167) tras haber fallado otras alternativas más inocuas, del tipo a “¿Tú supones, entonces, que yo no podría tener pensamientos sexuales hacia ti?; ¿Por qué crees que asumiste eso?; ¿Has pensado alguna vez que yo podría tener ese tipo de sentimientos hacia ti?”.

Pero Davies, aunque reconoce que su elección estuvo en parte basada en la frustración y el fallo de las alternativas descritas, argumenta la posibilidad de que su intervención, desde el punto de vista de un modelo relacional del psicoanálisis, sea una de las alternativas más terapéuticas. Y a continuación lo explica.

Desde un modelo relacional bipersonal se entiende que la experiencia que se resiste a ser significada puede encontrarse dentro de la experiencia del paciente o del analista. Cuando los significados son sometidos a los mecanismos de identificación proyectiva usados por este paciente, correspondería al analista el representar o incluso encarnar el aspecto del mundo interno disociado del paciente que no puede reconocerse e integrarse. Dentro de un escenario así, el analista debe con frecuencia nombrar lo innombrable por vez primera.

Por otro lado, si le pedimos al paciente que asuma el riesgo de describir sus estados físicos a pesar de la frustración e humillación que ello conlleva, el hecho de que el analista no corra el mismo riesgo puede servir para reforzar, como en el caso de M., las asunciones fundamentalmente masoquistas del paciente.

Cuando la conciencia del deseo erótico hacia el analista dispara el miedo a un peligro preedípico abrumador o a la reactivación de una sobreestimulación edípica, y esos temores se experimentan somáticamente porque han transcurrido en paralelo y fuera de la codificación verbal, el darse cuenta y el significado pueden emerger en la experiencia contratransferencial del analista, incluyendo todas las formas de sensación física. Si ambos, paciente y analista, pueden escuchar el lenguaje de la sensación física se hace tal vez posible que la simbolización siga su curso y haga de puente entre la experiencia somática y las operaciones cognitivas expresables.

Davies concluye que solo cuando el material con esa carga erótica puede verbalizarse puede también ser modificado, rechazado, renovado, y el paciente entonces acceder a una experiencia de potencia y deseo edípico, en una atmósfera libre de transgresiones traumáticas de la barrera del incesto. Los placeres de un amor edípico plenamente recíproco pueden experimentarse, disfrutarse y ser tomados como un molde para el amor maduro que será, con suerte, completado en el futuro.

El debate entre Gabbard y Davies. La crítica de Gabbard

En el mismo número de *Psychoanalytic Dialogues* donde se publica el artículo de Davies reseñado, Jessica Benjamin y Glenn Gabbard (1994) se encargan de comentar tres artículos del número que giran alrededor de la contratransferencia erótica. Nosotros vamos a centrarnos sobre todo en las críticas de Gabbard hacia la exposición de Davies, no sin incluir algunas consideraciones más generales sobre la contratransferencia erótica que encuadran el análisis de Gabbard.

Gabbard nos recuerda que la contratransferencia erótica ha sido un tabú en los círculos psicoanalíticos. Prácticamente todos los institutos y sociedades psicoanalíticas guardarían “secretos de familia” (p. 203) acerca de analistas que se han casado con antiguos pacientes y otros que han tenido que derivar pacientes después de que se produjera una implicación sexual.

De la misma manera que ha habido en los últimos tiempos una toma de conciencia acerca del incesto, ha ocurrido con el problema de las actuaciones sexuales entre terapeutas y pacientes, “incesto profesional” (Gabbard, 1989). Las razones de la dificultad para lidiar con este problema no son claras. Muchos teóricos de las pulsiones están influidos por el pesimismo de Freud en el sentido de incidir en la dificultad para dominar nuestros impulsos sexuales y agresivos. Otro factor es la parálisis que atenaza a las instituciones analíticas cuando un analista veterano es acusado de abuso sexual. Los comités éticos posiblemente estén integrados por analistas más jóvenes que se han analizado o supervisado con él. La idealización que emana de la transferencia y que nunca se resuelve del todo puede ser un impedimento para resolver el problema.

Por otro lado, al etiquetar a los analistas que se implican sexualmente con los pacientes como psicópatas diferentes al resto, opina Gabbard, negamos nuestra propia vulnerabilidad, lo que impide la adecuada profilaxis: el examen sistemático y la comprensión de las inevitables actuaciones contratransferenciales en las que todos nos implicamos.

Gabbard señala la tendencia histórica a culpar al paciente de las transgresiones del analista, como en el caso Jung-Spielrein. Luego están los terapeutas que recurren al

argumento del enamoramiento como fenómeno que haría irrelevante someter la actuación del analista a consideraciones éticas, como en el caso de Frieda Fromm-Reichmann y Erik Fromm. Cuando el analista se enamora del paciente ya no entiende lo que pasa entre ellos en términos de transferencia y contratransferencia, como si se pudiera distinguir entre el amor de transferencia y un “amor verdadero” (1994, p. 205). En realidad, dice Gabbard, se ha perdido la naturaleza del “como si” de la contratransferencia, y esta empuja al analista a la acción más que a la reflexión, en lugar de mantener un estado precario de ser tanto participante como observador dentro de la intensidad del momento. Por eso precisamente, los informes acerca de cómo un analista es *atraído al vacío* mientras que a la vez escapa de él son la mejor oportunidad para desmitificar la erótica de la empresa analítica.

En los años cercanos a la publicación de los artículos que nos ocupan, analistas de diferentes escuelas habían coincidido en la inevitabilidad y utilidad de las actuaciones contratransferenciales. Hay diferencias dentro los modelos teóricos sobre la contribución relativa de paciente y analista. Mientras que los kleinianos ven al paciente como responsable principal de crear sentimientos en el analista, desde la perspectiva clásica se incidiría más en la contribución del pasado del analista. Gabbard se posiciona relacionalmente, afirmando que se trataría de una creación conjunta de paciente y analista. Incluso en el caso de lo que se puede considerar una identificación proyectiva, debe haber cierto ajuste entre lo que se proyecta y las representaciones de *self* y objeto dentro del analista, susceptibles de responder a la coerción del paciente. Se muestra de acuerdo con Davies en que esas actuaciones deben de ser seguidas y guiadas hacia la arena transicional donde pueden ser sujetadas al *juego* de la contención y la interpretación.

Gabbard trae el caso descrito por Tansey (1994) en el mismo número en que aparece el artículo de Davies. En su trabajo, Tansey revela cómo se sintió sexualmente excitado ante su paciente llorosa, con la fantasía de abusar de un niño indefenso. Esta mezcla de atracción sexual y sadismo es entendida como una identificación complementaria con un objeto interno abusivo dentro de la paciente. Gabbard aclara que es su experiencia como analista y supervisor que los analistas varones con frecuencia se excitan cuando una paciente mujer rompe a llorar. Aunque Tansey describe en su artículo cómo pudo contener sus sentimientos, otros analistas pueden llegar a abrazar y a acariciar a sus pacientes en una situación similar. Gabbard nos recuerda que Benjamin (1988) ha señalado que en el curso del desarrollo los niños aprenden a asociar la dominancia y la sumisión al género, por lo que para los varones existiría “la tendencia a que el amor erótico se convierta en dominación erótica” (p. 76). Gabbard deja claro que él no patologiza esta respuesta masculina y para ello trae a Stoller (1979), que defendía que el deseo de dañar o humillar es central en buena parte de la excitación sexual. Resume la argumentación de Stoller en el sentido de que los hombres se excitarían en las situaciones de humillación femenina porque, de manera inconsciente, la excitación sexual transformaría en triunfo el trauma derivado de haberse sentido ellos mismos humillados por figuras femeninas durante la infancia.

Gabbard, antes de entrar a hacer una dura crítica de la intervención de Davies, comienza alabando su pericia al describir cómo la contratransferencia erótica puede aparecer en su impacto corporal antes de que se represente cognitivamente. Valora positivamente que advierta contra la tendencia en la teorización relacional a sustraer a la sexualidad de su corporeidad y que incida en que la negación de sus propios sentimientos sexuales hacia el paciente por parte del analista es una reedición de la negación defensiva de la fantasía erótica de los padres con el niño.

A continuación, Gabbard se muestra en desacuerdo con la elección técnica de Davies y la argumentación que esta utiliza para defenderla. En su opinión, cuando Davies reconoce sus fantasías sexuales sobre el paciente, el espacio simbólico en el que se encuentran paciente y analista se concretaría de tal forma que lo que tendría que haber sido un espacio potencial (donde son posibles relaciones fantaseadas a caballo entre las relaciones de objeto antiguas y las nuevas) se cerraría más que abrirse.

Aunque Davies afirma que intentó crear un espacio transicional en el que el paciente pudiera “aprender a jugar y disfrutar sus deseos sensuales, sexuales sin el miedo a la penetración, humillación o sobreestimulación” (1994a, p. 169), Gabbard piensa que su autorrevelación más bien produjo lo contrario, ya que en realidad ella se convierte así en la madre sexualmente intrusiva de su paciente M. Y si bien Davies argumenta en su artículo que ocultar sus sentimientos hubiera reforzado las asunciones masoquistas del paciente, Gabbard opina que su revelación en realidad coludió con las tendencias masoquistas de aquel. El sufrimiento intenso de M., según describe la propia Davies, evidenciaría para el autor que el paciente experimentó la situación como una interacción sadomasoquista. A pesar del intento de Davies de proveer al paciente de una nueva experiencia de relación de objeto, en realidad habría reeditado al viejo objeto materno.

Gabbard cree que Davies no ha valorado adecuadamente la agresividad subyacente a su elección, en relación a la frustración contratransferencial que la llevó a decidir compartir el hecho de estar teniendo fantasías sexuales. Basándose en la teorización de Coen (1992) de que la sexualidad puede convertir el odio en amor, lo negativo en positivo, cree que Davies ha podido experimentar en sus sentimientos una transformación de este tipo.

El autor establece a partir de aquí cuáles son, a su modo de ver, los límites en este campo de las autorrevelaciones. Y ciertamente habría una línea roja en relación a revelar sentimientos o fantasías sexuales del analista. Sería diferente en el caso del enfado o el desaliento con ciertos pacientes, como personas con trastorno *borderline* o narcisista, donde estas revelaciones pueden cumplir una función terapéutica. Sin embargo, hablar de las fantasías sexuales del analista sería una carga excesiva para el paciente. Gabbard nos cuenta el caso de una paciente que había recibido de su analista la confesión de encontrarla sexualmente atractiva aunque nunca actuaría sobre la base de esos sentimientos. Cree que esta confesión impidió que la paciente hiciera el duelo por el objeto erótico prohibido que le permitiría acceder a otras relaciones. Gabbard no nos cuenta más detalles, pero nos quedamos como lectores con ganas de saber algo más, estimulados por la lectura del artículo de Davies: ¿previamente a la confesión del analista la paciente no sabía ya de su atracción sexual hacia ella? ¿hubiera sido más facilitador del duelo quedarse con la sensación de que el analista la deseaba y la vez tener que negar esa percepción? ¿la revelación del analista junto con la declaración de renuncia —entendemos que sincera— a actuar su deseo no es un buen modelo de partida para poder hacer el duelo por los anhelos edípicos?

Gabbard nos aclara que los sentimientos sexuales del analista son diferentes de otros sentimientos contratransferenciales, ya que los pacientes suelen responder con confusión y terror y él no ha encontrado en su práctica como supervisor casos donde tal autorrevelación haya resultado útil terapéuticamente hablando.

Finalmente, se pregunta por la importancia de la configuración de género en la diada, ya que en el encuadre analítico se juegan los mismos estereotipos y roles que en la cultura en que está inmerso. Entendemos que con esto quiere decir que si Davies hubiera sido un

hombre y su paciente una mujer seguramente veríamos desde una perspectiva menos benevolente la interacción que Davies describe en su artículo.

No deja finalmente de expresar su admiración por la valentía y sinceridad de Davies y los otros autores que escriben sobre contratrtransferencia erótica, instando a todos los demás a continuar con este necesario diálogo para que el discurso racional y la investigación psicoanalítica sustituyan al silencio y la ocultación.

El debate entre Gabbard y Davies. La respuesta de Davies

En su respuesta a Gabbard, Davies (1994b) se pregunta cómo es posible que, partiendo los dos de visiones compatibles sobre el encuentro terapéutico, puedan llegar a tener ideas tan opuestas de la acción terapéutica. Por eso comienza estableciendo cuáles serían los puntos en común entre ambos. En primer lugar, una convicción en la coparticipación de paciente y analista en las reactuaciones de la transferencia-contratrtransferencia, a través de cuya contención e interpretación se impulsaría el cambio terapéutico. En segundo lugar, la idea de que las representaciones inconscientes internalizadas de *self* y objeto tanto del paciente como del analista, cuando se encuentran en un espacio transicional donde prima la seguridad y la libertad, determinan la dimensión en que el encuentro psicoanalítico es capaz de incrementar la toma de conciencia sobre uno mismo. Sugiere, a continuación, que las diferencias entre Gabbard y ella derivan de que difieren en sus conceptos de seguridad y contención, en lo que facilita o bloquea el potencial transicional del espacio terapéutico, en el papel del sadomasoquismo como componente del deseo erótico y, finalmente, en la naturaleza de la responsabilidad terapéutica cuando paciente y analista son de diferente sexo.

Davies no entiende bien porqué Gabbard, que frente a las actuaciones incestuosas en el tratamiento aboga como profilaxis por una franca discusión entre colegas sobre las respuestas eróticas contratrtransferenciales, no toma en cuenta el gran peligro que entraña precisamente en el espacio terapéutico la renegación [disavowal] proyectiva. Tanto si el analista patologiza en exceso al paciente por su contribución mientras que niega la propia, como si el terapeuta no puede manejar el uso proyectivo que el paciente hace de él como contenedor de su propia fantasía erótica renegada. Davies está convencida de que, entre colegas, así como dentro del propio espacio analítico, el análisis y comprensión de la contratrtransferencia abre más que cierra el espacio transicional y es la mejor garantía para evitar actuaciones destructivas en la transferencia-contratrtransferencia.

A continuación Davies entra a discutir las afirmaciones de Gabbard sobre la cualidad de la contratrtransferencia erótica en los analistas varones y la comprensión que muestra con ella, no patologizándola, para contrastarlas con la exigencia con que valora la propia respuesta contratrtransferencial de Davies:

¿Afirma Gabbard que el sadismo masculino como respuesta complementaria al masoquismo femenino es un componente esencialmente normal de la sexualidad adulta, mientras que el sadismo femenino en respuesta al masoquismo masculino es la respuesta más perturbadora y patológica? ¿O es que sugiere que la reactuación silenciosa, inconsciente, inexplorada de una relación sadomasoquista entre analista y paciente revelada [en el artículo de Taney] es preferible a los inquietantes y potencialmente sobreestimuladores efectos de explorar abiertamente tales reactuaciones en el curso del trabajo analítico? (1994a, p. 505).

Davies está de acuerdo con Gabbard en que su revelación le hizo aparecer ante su paciente como la madre seductora del pasado, pero entiende que la elección no era entre actuar o no hacerlo. Cree que si ella no hubiera revelado ese aspecto de la contratransferencia (y, por ejemplo, hubiera únicamente interpretado la sintomatología masoquista del paciente) habría reactuado a la madre intrusiva y seductora igual, esta vez renegando de su propia participación en la relación y pidiéndole a su hijo/paciente que asumiera la responsabilidad de su propia culpa y repugnancia. Está segura Davies de que la sobreestimulación y la desorganización resultantes hubieran sido parecidas pero que además se le hubiera privado al paciente de identificar los aspectos de la relación interpersonal que habían precipitado sus perturbadoras experiencias.

Por supuesto, el paciente de Davies la acusó de ser una madre seductora y afirmó que había visto una cara de la personalidad de su analista que estaba oculta. Davies dice que se dio cuenta de ese aspecto sádico de su conducta ante el enfado de M. y que pudieron explorar esos aspectos de su mutua participación de manera que crearon una nueva relación de objeto que no se ajustaba ya a la organización sadomasoquista previa entre madre e hijo. En esa temporal desestabilización que siguió a la revelación de Davies, el trabajo analítico previo que había supuesto la elaboración de muchas matrices de representación de *self* y objeto en la transferencia y contratransferencia aportó las necesarias funciones de contención. Ambos, paciente y analista, sabían que ese aspecto perturbador de su relación era uno más entre otros dentro de las distintas configuraciones que habían trabajado juntos.

Tras decir esto, Davies retoma la referencia que hace Gabbard al caso de Tansey publicado en el mismo número para preguntarse qué puede devenir de esa colusión sadomasoquista *silenciosa* (recordemos: la paciente deshecha en llanto frente al analista sexualmente excitado ante la escena). Se pregunta Davies qué pasaría con esa paciente que capta inconscientemente la excitación del analista pero no puede elaborarla. O que empieza a cuestionarse y preguntar acerca de esa fantasía contratransferencial sádica de su terapeuta. Y cómo respondería este ante los intentos de la paciente de aclarar lo que está sucediendo:

¿Buscará entonces una manera de incluir su propia respuesta contratransferencial en el diálogo analítico, o hará el tipo de interpretaciones unilaterales que patologizan en exceso la parte de responsabilidad de la paciente y al hacerlo así le piden que participe inconscientemente en el fortalecimiento (...) de sus propias posiciones masoquistas? (p. 507).

Después de aclarar sus discrepancias con Gabbard, Davies expresa su coincidencia con él en la necesidad de monitorizar cuidadosamente la contratransferencia del analista, tanto a solas como con colegas. La revelación contratransferencial nunca se puede tomar a la ligera, especialmente cuando el material es tan delicado como el que se describe en los casos que nos ocupan. Sin embargo, Davies quiere dejar claro que la *inacción* no es necesariamente la manera más adecuada y segura de manejarlo, ya que la evitación de algo tan infiltrado en la relación transferencial-contratransferencial puede ser tan desorganizadora como la revelación. En algunos casos donde existe franca debilidad del yo asociada con patología *borderline* y narcisista y donde Gabbard advierte de la necesidad de precaución, precisamente “la renegación defensiva de las respuestas contratransferenciales percibidas *fielmente* por el paciente pueden infligir un serio golpe a la capacidad para el examen de realidad previamente dañada” (p.507).

Y queriendo cerrar su respuesta, retoma la cuestión de la configuración de género de la díada analítica, a partir de la pregunta que hace Gabbard, y que previamente había hecho también Jessica Benjamin: “¿Estaría tan dispuesta a considerar la revelación de contratransferencia erótica en una situación donde el analista fuera hombre y la paciente mujer?” La respuesta es clara. La sobreestimulación y la transgresión pueden ocurrir de muchas maneras. La adecuación de revelar la presencia de sentimientos eróticos hacia el/la paciente por parte del/ de la analista debe ser valorada individualmente pero el sexo no debería ser la consideración central. Lo importante, para Davies, son “la honestidad y la integridad no defensiva que comunicamos a los pacientes y con la cual les pedimos que se identifiquen al aplicar la investigación analítica” (p.508).

“Love in the afternoon” cumple veinte años

Veinte años después de escribir “Love in the afternoon” y en respuesta a sendos artículos que toman como base el suyo de 1994, Davies retoma su trabajo para comentar algunas de las polémicas cuestiones que introdujo en la discusión sobre la técnica analítica. Pasando por alto sus respuestas a los otros dos analistas, nos centraremos precisamente en aquellos aspectos de su artículo, titulado “My *enfant terrible* is twenty”, que desarrollan sus concepciones de la sexualidad infantil y adulta y su idea del papel de la contratransferencia erótica y las autorrevelaciones en el escenario analítico.

Comienza Davies aclarando porqué considera “Love in the Afternoon” su *enfant terrible*, un artículo que suscitó tanto odio y tanto amor que allá donde iba todo el mundo quería que hablara sobre *eso*: la contratransferencia erótica. Considerada por algunos su publicación como un acto de valentía, mientras que otros la tacharon de irresponsable, la autora se queja de que su trabajo fue muchas veces malentendido cuando no directamente criticado sin haberse leído.

Comenta que se le ha preguntado con frecuencia cómo alguien que ha dedicado gran parte de su vida profesional al tratamiento de personas que han sufrido abuso sexual infantil, ha podido rozar con sus escritos los límites del encuadre analítico arriesgándose a la retraumatización del paciente. Cree que esta reflexión requiere establecer algunas ideas de partida acerca de la sexualidad.

Davies considera lo erótico como algo existente desde el principio del desarrollo, presente en todo el contacto de los adultos con el niño, desde la alimentación al cambio de pañales, desde las caricias a las cosquillas, cuando se coge a un niño en brazos y cuando se le baña... En este proceso los cuidadores deben manejar su propia excitación y también la del niño. Aunque hay autores que entienden que el apego y la sexualidad son líneas de desarrollo separadas, Davies considera esa distinción incomprensible. La intensidad y frecuencia del contacto físico que los padres tienen con los bebés hace inconcebible separar el creciente apego que se desarrolla de las reacciones físicas que se experimentan durante el cuidado.

En ese contexto, para la autora lo importante no es si el apego y la sexualidad existen como líneas de desarrollo separadas sino, más bien, cómo es que se acaba diferenciando y simbolizando de forma aparte la sexualidad propiamente dicha a partir de ese “eros nacido dentro de la sensualidad contenida de manera segura en el vínculo” (2013, p. 171). Recurre Davies a Bion (1962), con su concepto de lo no metabolizado, para pensar en elementos eróticos beta (olores, texturas, sensaciones...) y un tipo de función alfa que

convierta esas sensaciones diversas en una historia coherente de deseo, romance, erotismo, triunfo, desengaño, rechazo...

El modelo de la mente de Davies se organiza alrededor de estados múltiples del *self* o configuraciones *self*-otro potencialmente conflictivos y variables. Estos esquemas internalizados se organizan alrededor de las relaciones de objeto tempranas. Además de los aspectos afectivos, cognitivos y de fantasía que organizan la experiencia, están las experiencias relacionales corporales con esos objetos. Los momentos sensuales y eróticos que aún no tienen un significado en la primera infancia, permanecerían sin formularse hasta que el niño madurara lo suficiente desde el punto de vista emocional y cognitivo. La organización de una excitación organizada primariamente genital dirigida a un otro deseado sería el final de un proceso no lineal en el que la relación entre padres y niño contiene en un equilibrio "suficientemente bueno" esas sensaciones intensas, potencialmente abrumadoras y ansiógenas. Una sexualidad que se formula dentro de una relación parental con límites seguros se puede jugar más libremente en las fronteras de la simbolización y de la diferenciación, flirteando con la regresión sin miedo al colapso de las estructuras psíquicas que ha llevado tiempo y trabajo construir.

Nos cuenta Davies que, tras las apasionadas respuestas a la publicación de "Love in the Afternoon", ha pensado mucho acerca de la ansiedad que genera la sexualidad en la relación analítica. Considera irónico que una disciplina fundada para el tratamiento de los trastornos de la sexualidad responda con tanta incomodidad cuando esta aparece. Y naíf y peligroso pensar que esta no impactará en el analista influyendo en sus decisiones sobre cómo intervenir o no, o qué significado dar a sus reacciones y a las del paciente. La represión o, peor, la disociación, de la sexualidad en el marco analítico es más susceptible de ser actuada. La necesidad de una discusión profesional sobre el tema choca con la dificultad de la empresa, porque hablar de sexualidad es diferente de hablar de cualquier otra cosa: "sabemos por nuestras experiencias personales que hablar de sexo puede ser tan excitante o más que practicarlo" (p. 172).

Como otros muchos analistas, Davies rechaza la idea de la existencia del periodo de latencia y cree que la sexualidad infantil es bifásica. Habría un periodo temprano en el que el niño experimenta múltiples momentos sensuales de contacto físico, sin tener los recursos cognitivos para darle sentido a esas experiencias. La sexualidad es única en que implicaría experiencias a las que los padres ni siquiera intentan dar sentido. Cuando el niño tiene una rabieta, o está triste, o se siente culpable, podemos abrazarle y tratar de darle palabras para explicar lo que siente, le contenemos física y emocionalmente durante la experiencia. Esto, señala Davies, es impensable en el caso de la sexualidad: no se abraza a un niño mientras se masturba, nombrándole lo que siente. Al contrario, si vemos algo así cerramos la puerta y podemos en todo caso decirle que se trata de algo que es mejor hacer en privado. Las experiencias tempranas de excitación sexual se incorporan a sistemas de fantasía erótica, que suelen estar saturados de cierta sobreestimulación y vergüenza y por lo tanto ser vulnerables a la represión, inhibición o aparición de síntomas. No es raro que nos resulte tan difícil hablar de sexualidad.

Es por eso que no es incompatible el trabajo de Davies con víctimas de abuso sexual infantil y su interés en la contratransferencia erótica. Con las víctimas de abuso es necesario encontrar maneras de hablar de experiencias que fueron sobreestimuladoras y perversas, explorar sus sentimientos en relación a estas experiencias, hablar de qué imaginan que siente el analista, a veces hablar directamente de qué siente este en realidad.

Con pacientes víctimas de abuso sexual temprano no hay más remedio que hablar de sexualidad.

Cuando todo va bien en la evolución sexual del niño, Davies piensa que lo mejor que se puede hacer con la sexualidad de este es no comentarla. Bastaría con transmitir que uno se siente orgulloso de él, apoyarle tácitamente, permitirle que salga del vínculo edípico. Pero cuando las experiencias traumáticas han llevado a la disociación e identificación proyectiva descrita entre el paciente M. y su madre, la emergencia de esos procesos en el marco analítico ha de ser abordada hablando de lo que no se ha podido hablar. Y una vez que eso se hace la honestidad es fundamental.

El abuso sexual no es solo una violación del cuerpo del niño, sino también de su mente, especialmente de aquellas habilidades que sustentan la prueba de realidad. Para poder mantener el apego con el padre abusador, el niño tiene que disociar su propia realidad junto con las capacidades de poner a prueba esta. Para mantener la integridad de su mente tendría que renunciar al amor que anhela. Así M. contuvo dentro de sí lo innombrable que su madre proyectaba en él, asumiendo a la vez la culpa de ella. La madre de M. era sexualmente provocativa e intrusiva, le seducía y excitaba de una manera inmanejable para él. Cuando él respondía a esta estimulación de alguna manera, ella le rechazaba, renegando de su propio comportamiento, proyectando todo en él y avergonzándole. En cualquier situación erótica, M. actuaba la relación con la madre, en una identificación inconsciente con el agresor en la que se convertía en el seductor que acababa rechazando y avergonzando a otros. En opinión de Davies, el grado de excitación, proyección y penetración psíquica que sufrió M. le convirtieron en una víctima de abuso sexual de la misma manera que si le hubieran estimulado corporalmente. Su propia excitación y deseo tuvieron que ser enteramente disociados, nunca reconocidos ni simbolizados, por lo que no se podía reflexionar sobre ellos en el tratamiento. Daba igual cuánto tacto, habilidad terapéutica o *timing* se ponga en juego, cuando existe disociación lo que se trae a la conciencia es traumático e inesperado como la primera vez. En esos momentos la relación analítica que se ha construido antes puede lograr contener ese microtrauma.

Desvela Davies que cuando eligió decirle a M. que a veces tenía sentimientos sexuales hacia él, lo hizo tras haber hecho varias consultas con otros analistas. Reconoce que, como han dicho sus críticos, se trató de “un acto de desesperación” (p. 176), pero no un acto impulsivo, sino uno muy ponderado, decidido después de mucha reflexión y discusión con colegas. Su dilema consistía en cómo hacer que M. se diera cuenta de su patrón de flirteo, seducción y posterior renegación de su deseo avergonzado a los demás. No era solo que proyectara sus deseos en otros, sino que renegaba de percibir cualquier deseo de otro, creyendo que nadie nunca había sentido atracción por él. *Su rechazo a aceptar los sentimientos sexuales de los demás hacía imposible la exploración de la manera en que sus proyecciones y renegaciones impedían las experiencias románticas en su vida.* Fue una decisión difícil la que tomó Davies, y ella afirma que sabía del riesgo, pero tras siete años de análisis le parecía peor el riesgo de la inacción, y confió en que la relación entre su paciente y ella fuera capaz de contener la tormenta.

Termina el texto señalando que en la escena psicoanalítica contemporánea existen muchas y ricas posibilidades teóricas, lo que a veces lleva a los supervisandos a quejarse de que tanta oferta les desborda. Davies afirma que cree que su trabajo clínico está enraizado en una fundamentación teórica sólida, pero también que no cualquier teoría encaja con cualquier paciente. Lo que corresponde es trabajar desde dentro de la diada analítica, encontrar la base teórica que es más aplicable al paciente, y no enamorarse tanto

de una teoría que nos acabe cegando sobre las necesidades de una diada analista/paciente concreta. Por mucho que nos guste la teorización, lo más estimulante de nuestro trabajo se desarrolla dentro de la relación con el paciente.

Referencias

- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love*. Nueva York, Estados Unidos: Pantheon.
- Benjamin, J. y Gabbard, G. Commentary on papers by Tansey, Davies and Hirsch. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 4(2), 193-213. <https://doi.org/10.1080/10481889409539013>
- Bion (1962). *Learning from experience*. Nueva York, Estados Unidos: Aronson.
- Bollas, C. (1988). *The shadow of the object*. Londres, Reino Unido: Free Association Books.
- Cohen, S. J. (1992). *The misuse of persons*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Davies, J. M. (1994a). Love in the afternoon. A relational reconsideration of desire and dread in the contratransference. *Psychoanalytic Dialogues: The Internacional Journal of Relational Perspectives*, 4(2), 153-170. <https://doi.org/10.1080/10481889409539>
- Davies, J. M. (1994b). Desire and dread in the analyst. Reply to Glen Gabbard's commentary on "Love in the afternoon". *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 4(2), 503-508. <https://doi.org/10.1080/10481889409539034>
- Davies, J. M. (2013). My enfant terrible is twenty: A discussion of Slavín's and Gentile's Retrospective reconsideration of "Love in theAfternoon". *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 23(2), 170-179. <https://doi.org/10.1080/104818852013772479>
- Fast, I. (1992). The embodied mind: Toward a relational perspective. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 2, 389-410. <https://doi.org/10.1080/10481889209538940>
- Freud, S. (1992). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas* (Vol. XIX, pp. 177-188). (Original publicado en 1924).
- Gabbard, G. O. (1989). *Sexual exploitation in profesional relationships*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Press.
- Khan, M. M. R. (1979). *Alienation in perversions*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.
- Kumin, I. (1985). Erotic horror: Desire and resistance in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psychoanalytical Psychotherapy*, 11, 3-20.
- Searles, H. (1965). Oedipal love in the countertransference. En *Collected papers on schizophrenia and related subjects* (pp. 284-303). Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press. (Original publicado en 1959).
- Stoller, R. J. (1979). *Sexual Excitement*. Nueva York, Estados Unidos: Pantheon.
- Tansey, M. J. (1994). Sexual attraction and phobic dread in the countertransference. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 4(2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/10481889409539010>
- Welles, J. y Wrye, H. K. (1991). The maternal erotic countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 93-106.
- Wrye, H. K. (1993). Erotic terror: Malepatients' horror of the early maternal erotic transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 13, 240-257.