

Transferencia Erótica¹

Rogério Fonseca²

Lisboa, Portugal

Este artículo presenta algunas reflexiones sobre el tema de la transferencia erótica. En un primer momento, se describe la dificultad que genera, no sólo en el plano de la transferencia, sino también en el de la contratransferencia. En un segundo nivel, describo las distintas formas de transferencia erótica puestas en escena en el espacio analítico. Por último, refiero algunos de los autores que se han ocupado de este tema a lo largo del tiempo, analizando la visión de un modelo previo unipersonal y posteriormente el enfoque con el modelo de dos personas en análisis. Además, se realiza una aproximación a la autorrevelación como instrumento potencial y precioso para el trabajo analítico.

Palabras clave: Transferencia erótica; Contratransferencia erótica; Formas de transferencia erótica; Idealización; Autorrevelación

This paper presents some reflections on the theme of erotic transference. In a first moment, the difficulty generated by it is described, not only in terms of transference, but also in terms of countertransference. On a second level, I describe the various forms of erotic transference staged in the analytic space. Finally, I mention some of the authors who have been concerned with this theme over time, expressing the passage from a vision of a model of one person, to the model of two persons in analysis. Also, self-disclosure is approached as a potential and precious instrument for analytic work.

Key Words: Erotic Transference; Erotic Countertransference; Forms of Erotic Transference; Idealization; Self-Disclosure.

English Title: Erotic Transference

Cita bibliográfica / Reference citation:

Fonseca, R. (2023). Transferencia erótica. *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (1): 140-156. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2023.170109

¹ Artículo publicado originalmente en portugués en la Revista *PsiRelacional*, nº 3, Octubre 2022. Reproducido con autorización. Traducción castellana de Joan Lorenzo.

² Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta Psicanalítico en formación en *PsiRelacional*, Lisboa, Portugal. fonsecarogério@me.com

Era el último trimestre de 2006, se acercaba la celebración de Navidad, ya hacía frío y el frenesí de la gente en las calles aumentaba con la proximidad de las fiestas. Este fue el año de todos los años para mí, estaba en el 5º año del curso de Psicología, los sueños bullían en mi mente, había empezado la monografía y las prácticas en una unidad de hospital. Tomé la decisión junto con mi supervisor de trabajar en el tema de la depresión y su posible relación con la enfermedad autoinmune. Tras elegir la asociación que representaba a esta enfermedad y de haber sido aceptado, comencé el estudio de caso con una paciente al que se le había diagnosticado la enfermedad. Eran tiempos de gran agitación, una época decisiva, y de repente estaba sentado frente a una joven mujer en gran sufrimiento, el diagnóstico era reciente, el dolor y el sufrimiento que presentaba me entristecía profundamente. Nuestros encuentros iban bien, sentía de alguna manera que estaba ayudando aquella mujer, hasta que en un determinado momento, sucedió algo para lo que no estaba preparado, ni en el contexto de la universidad ni en el de la formación clínica me habían preparado para la cuestión que surgió en sesión - la transferencia erótica. Tal como afirma Blechner (2009, p. 82): "Existe un gran interés por la transferencia erótica, pero muchos psicoanalistas tienen miedo de este lugar. Varios colegas me han dicho que aprendieron poco o nada útil sobre la transferencia erótica durante su formación en Psicoanálisis. A mí también me pasó; de hecho, algunas de las cosas que me enseñaron descubrí que eran incorrectas a medida que adquiría más experiencia." Sentía que, con cada sesión que pasaba, estaba más conectado con aquella mujer. Había sufrido abusos sexuales cuando era niña y su familia no la había protegido, sino todo lo contrario, y su matrimonio también era abusivo. En un determinado momento, hacia el final de la sesión, la paciente me dijo explícitamente: "deberíamos pasar un fin de semana juntos". Me quedé sin palabras, habiendo fingido que no había terminado de oír lo que había dicho, decidí ignorarlo.

Tras este episodio, intenté reunirme con el supervisor, que en aquel momento no estaba disponible para recibirme. Esperando que la pregunta no volviera a las sesiones, en la siguiente y al final de esta, cuando ya se iba, la paciente preguntó: "y luego qué?, ¿quieres pasar el fin de semana conmigo o no?, podríamos ir al Alentejo". Me volví a congelar, habré esbozado una sonrisa y nos fuimos. Imagino lo rechazada y humillada que debió sentirse, por haber "ignorado" lo que estaba ocurriendo. Desesperado, hablé con un profesor que había tenido, un psicoanalista, que me dio una cariñosa reprimenda por no ocuparme de lo que estaba pasando, advirtiéndome de que perdería la paciente, predicción que se cumplió.

Según Flax (2000) estaríamos en presencia de una transferencia erótica como repetición del trauma, que representaría un intento de recrear una escena anterior para

dominar los efectos traumáticos del abuso sexual parental. Parafraseando al autor: "Aunque existe la posibilidad de repetir el trauma de seducción original y el rechazo en la relación terapéutica, también hay potencial para una resolución adecuada del trauma a través del duelo." (Flax, 2000, p.221). En este caso, no ocurrió ni una cosa ni la otra. En la distancia del tiempo recorrido, puedo ver que algunas de las asignaturas que se enseñan en la universidad, como la ausencia de un apoyo claro de orientación/supervisión, pueden volver a traumatizar a las personas a las que intentamos ayudar, debido a la falta de un modelo adecuado para el apoyo clínico al que nos enfrentamos.

¿Qué pensar entonces de la transferencia erótica en la relación terapéutica? A lo largo de los años y según la experiencia que he ido adquiriendo, de alguna manera me he dado cuenta de que la transferencia erótica se presenta de diversas maneras y tiene distintas causas. Una de ellas es que la transferencia erótica puede ser sentida por parte del terapeuta en relación al paciente sin que sea el resultado de la contratransferencia, ya que según Pope et al. (1986), una investigación con una muestra de 585 psicoterapeutas, reveló que el 87% (95% de los hombres, 76% de las mujeres) se sintieron en algún momento atraídos sexualmente por sus pacientes. Esto revela bien la importancia del tema y cómo debemos reflexionar profundamente sobre esta cuestión. Según Gabbard (1994, p.387): "Muchas de las principales figuras de la historia del Psicoanálisis se involucraron sexualmente con pacientes que estaban siendo analizados". Carl Jung mantuvo una larga relación con su paciente Sabina Spielrein. Otto Rank y Anaïs Nin se convirtieron en amantes tras iniciar su relación como analista y analizanda (Person,1988). August Aichhorn se involucró sexualmente con Margaret Mahler cuando ella estaba en análisis con él (Stepansky,1988). Cuando Karen Horney era una mujer de mediana edad, tuvo una relación amorosa con un candidato masculino mucho más joven que ella (Quinn,1987). Frieda Fromm- Reichmann reconoció abiertamente que dejó de analizar a uno de sus pacientes para casarse con él (Fromm-Reichmann,1989).

Mientras escribía este artículo, recordé varios casos ocurridos durante mi carrera como psicólogo. Recuerdo a una joven a la que seguí cuando tenía 21 años, era virgen, había tenido una estricta educación religiosa, iba a un colegio católico, me dijo un día: "en una de las clases, el profesor (sacerdote) nos dijo que, cuando tuviéramos relaciones sexuales para procrear, pidiéramos perdón a Jesucristo". La paciente tenía una relación muy difícil con su madre, que dependía mucho de esta hija, bebía mucho y no había aceptado que su marido se hubiese marchado. En la relación con su padre, la paciente recuerda las veces que él paseaba desnudo por la casa y también recuerda las veces que sus padres hacían el amor. Además, a veces la pillaban masturbándose con vídeos

pornográficos que tenía su padre. Como consecuencia de este comportamiento, fue castigada y humillada. El mundo psíquico de esta mujer estaba poblado por un lugar de interdicción, severo y castrante, y simultáneamente, de exposición a la escena primitiva y a escenas de sexo agresivo (pornografía).

Sentí que con el tiempo y la comprensión que ofrecía a esta paciente, el vínculo se hacía más fuerte. En un dado momento, y con el cambio de *setting*, de la clínica donde trabajaba para mi casa, la comunicación no verbal erotizada y sexualizada empezó a ser intensa, la forma en que ella casi se tumbaba en una postura "desafiante", empezó a crear cierta tensión en las sesiones. Algo sobre lo que mi supervisor me había estado advirtiendo, no sólo en esta situación, sino en otras que pudieran surgir. La paciente empezó a traer a sus perros (dos, uno de los cuales, una perra, orinó en la habitación), excusándose en que era imposible dejarlos solos en casa. En un dado momento, durante una sesión, me dijo: "Estoy aquí en esta posición -las piernas abiertas- y usted no hace nada". A lo que yo comenté (entre otras cosas): "Esta forma de relacionarse conmigo no nos va a llevar a ninguna parte". Yo diría que estábamos en presencia de una transferencia erótica como expresión de un trauma en el ámbito de la seducción y el consiguiente rechazo.

Según Freud (1915), la transferencia erótica se constituye como un mecanismo defensivo por parte del paciente que puede traer dificultades al proceso terapéutico, llegando a afirmar que, si el analizando no puede percibir esta forma de funcionamiento y persiste, la terapia debe terminar. Volviendo a mi paciente, probablemente todas mis interpretaciones no hicieron ningún sentido, como refiere Krausz (2016) cuando habla de la experiencia que tuvo con su primer analista, tenía entonces veintitantos años, recuerda que cuando sintió coraje para hablar de sus sentimientos hacia el analista, este le dijo: "Bueno, tendrá que aprender que no siempre puede conseguir lo que quiere y, que tiene que renunciar a lo que no está a su alcance." (Krausz, 2016, p.26). La autora refiere que se sintió avergonzada y la transferencia erótica desapareció, pero como ella dice, aunque desapareció del discurso, no tuvo la oportunidad de simbolizarse. Añade que en un segundo análisis ocurrió lo mismo; cuando surgió la oportunidad de analizar la transferencia erótica, el analista dijo: "Usted lo sexualiza todo". La autora afirma: "Aunque él era consciente de que yo quería hablar del significado de mis fantasías más que actuar sobre cualquier cuestión sexual, la respuesta me hizo sentir que estaba intentando seducirle. La humillación resultante volvió a desintegrar la transferencia. Como el analista utilizaba la técnica clásica de interpretar la transferencia erótica como

resistencia, perdió la oportunidad de explorar el significado de la sexualización que él mismo observaba." (Krausz, 2016, p.27).

Según Flax (2000, p.221), la transferencia erótica puede expresarse, como referido anteriormente, de acuerdo con el resultado de un trauma real o fantaseado, o como expresión de una hostilidad: "La transferencia erótica puede ser un intento de recrear una escena anterior para dominar los efectos traumáticos de la seducción parental acompañada de rechazo". Para Kumin (1985), los aspectos destructivos del deseo conducen a una situación en la que la transferencia erótica se experimenta como "horror erótico". Freud (1915) sugirió que un paciente podría querer destruir la autoridad del médico tomándolo por su amante. Los pacientes del sexo masculino pueden querer reducir la terapia a un "pago por servicios" de prostitución (Flax & White, 1998) como forma de reducir el poder del terapeuta. Según Gornick (1986, p. 321), "en la transferencia de pacientes masculinos a los terapeutas, es frecuente la fusión de sentimientos hostiles y sexuales" como mecanismo de defensa, probablemente el más descrito en la literatura. Esta será la fuerza motriz que alimenta el deseo del paciente para cumplir sus fantasías, anulando por completo la percepción del objeto real (con sus cualidades y defectos). En este sentido, la erotización de la transferencia es una negación de las realidades internas y externas. Es una huida de la realidad que lleva a atribuir al objeto sólo cualidades positivas y ideales, pudiendo convertirse en una verdadera ilusión; la transferencia que expresa las relaciones edípicas, según diversos autores, es una de las formas más comunes de transferencia, que pone en escena las cuestiones edípicas, que de acuerdo con Marucco (1997) sirve para evitar el peligro de idealizar el objeto, el autor sugiere que la sexualidad edípica debe desplegarse en la transferencia erótica, con el analista, en algunos momentos, ocupando el lugar del objeto pre-edípico; la transferencia erótica como reflejo de una relación objetal interna nos enseña de que forma se organizan y construyen los objetos internos del paciente, y, como se relacionan a través de la transferencia en las relaciones objetales del paciente.

Así, la transferencia erótica abre el camino a una comprensión más rica del mundo objetal interno del paciente; la transferencia erótica utilizada al servicio de las necesidades narcisistas. Coen (1981) y Wolf (1994) afirman que la seducción sexual y la fantasía se utilizan para protegerse contra la pérdida de cohesión y del sentido del yo - para evitar los peligros de la autofragmentación; la transferencia erótica como forma de expresar y mantener la conexión (Coen,1981; Eber,1990). La conexión erótica también puede verse como una forma de mantener el vínculo con el objeto. Eber (1990), citado por Flax (2000), considera la transferencia erótica como un intento creativo de resolver un dilema en el campo intersubjetivo del análisis - un intento de preservar el vínculo

analítico en una atmósfera de disonancia analítica; la transferencia erótica surge como una expresión de temas pre-edípicos, según Wrye y Wells (1994), con su descripción en relación al erotismo, surge como resultado del vínculo madre-bebé, y que emerge en la transferencia en términos de sentimientos sobre el contacto corporal o fantasías del cuerpo del terapeuta. Afirman que la atención a la "transferencia erótica materna" puede ser un fenómeno transformador en el tratamiento psicoanalítico.

Existen diversas perspectivas sobre la transferencia erótica. Para Blum (1973) el paciente busca de forma intensa relacionarse con el terapeuta a través de la transferencia erótica, de forma irracional, con el objetivo de ser amado y de dar expresión a su sexualidad con el analista. Langs (1974, citado por Flax, 2000, p.209), por su parte: "considera la transferencia erotizada como una forma particular de amor de transferencia, afirmando que es un subtipo de transferencia narcisista o límite. Sugiere que las necesidades inconscientes del analista pueden conducir a una mala alianza en la que las demandas eróticas edípicas del paciente son evocadas por la seducción del analista."

El pensamiento psicoanalítico ha sufrido transformaciones a lo largo del tiempo en relación a la transferencia erótica. Así, ha habido un pasaje de una visión claramente edípica para prestar más atención a las funciones defensivas, relacionales y narcisistas, como ya se ha referido al principio del texto. Estas defensas corresponden al intento de los pacientes de evitar la pérdida de autocohesión, de mantener el vínculo con el objeto (Coen, 1981; Wolf, 1994). Gabbard (1994) habla de una transferencia erótica cargada de agresividad. En uno de sus vídeos de *YouTube - Managing Transference*, Gordon (2017) muestra a Gabbard con una paciente con estas características. El autor menciona que generalmente la transferencia erótica está asociada a un deseo por parte del paciente de gratificación sexual que puede estar al servicio del sadismo y la agresión. Citando a Stoller (1979, p.6): "que el deseo de dañar o degradar es un fuerte componente de la mayoría de las excitaciones eróticas, y que en la base de esta hostilidad hay un intento de deshacer los traumas infantiles que amenazaron el desarrollo de la masculinidad y la feminidad". Parece haber entonces, según Kumin (1985), dos componentes -sexualidad y agresión- que resultan de la identificación con el objeto materno amado pero ambivalente, que contribuyen a la transferencia erótica.

Para Wrye y Wells (1989,1994) el foco de la transferencia erótica está en la dimensión pre-edípica, la relación que la madre y el bebé establecen a través de un vínculo sensorial y las fantasías corporales asociadas pueden surgir en la pareja analítica, concretamente en relación con el cuerpo del terapeuta. Para Bollas (1994) la transferencia erótica es una

oportunidad para que se establezca la conexión entre paciente y terapeuta, permitiendo el acceso a representaciones significativas de la misma. Como sabemos, el espacio de encuentro que ofrecemos a nuestros pacientes, la forma en que los acogemos, la comprensión que damos a su sufrimiento, la experiencia de mutualidad ciertamente resulta en algo experimentado como nuevo y que inevitablemente se traducirá en una idealización del espacio de la relación, idealización que me parece normal y deseable para el éxito del proceso terapéutico. Incluso podríamos decir que pasamos de un espacio de dependencia infantil en algunos casos hacia una dependencia madura.

Stefana (2017) alude a la diferencia entre la idealización normal, que según él, es un proceso transitorio que ocurre en el primer momento del encuentro, es decir, la persona se enamora, dando lugar, luego a una decepción gradual, que conducirá, en principio, al amor maduro. En la idealización patológica, dice el autor, los pacientes: "(...) tienden a enamorarse de algo que no existe en lugar de lo que existe, en una circunstancia que implica idealización. Hablo de un uso excesivo del mecanismo de idealización que se extiende a través de todas las relaciones objetales significativas que caracterizan la vida de un determinado adulto. El problema es que la idealización es un mecanismo de defensa primitivo... Todo esto implica que estos individuos en particular no pueden establecer relaciones objetales reales y maduras porque siempre están relacionados con una imagen ideal, es decir, algo que no existe. Además, hay que recordar que el destino de los objetos idealizados es el de ser finalmente devaluados. Cuanto mayor sea la idealización, más radical será la devaluación". (págs. 505 - 506).

Como ya hemos observado, la transferencia erótica puede resultar de los períodos pre-edípicos (relación madre-bebé), edípico (triangulación: hijo, madre y padre), pero también de un período post-edípico. Percibimos, entonces, que tal vez el psicoanálisis se fundó en el intento de probar la existencia y la centralidad del desarrollo de la sexualidad infantil que, probablemente, ha llevado a los analistas a la suposición de que cuando aparecen sentimientos sexuales en sesión, significan deseos infantiles no resueltos (Davies, 1998). Según la autora: "como si, por tanto, sólo existieran para el paciente y no para el analista (que presumiblemente ha trabajado con estos derivados patológicos) y, finalmente, como si un análisis exitoso de estos conflictos infantiles condujera a la disolución de esta dimensión erótica interpersonal del trabajo psicoanalítico. Mi propia experiencia como paciente, analista y supervisora sugiere que nada está más lejos de la realidad. Que la intimidad sostenida del proceso psicoanalítico a menudo conduce a una dimensión erótica que no puede ni debe ser automáticamente infantilizada y patologizada; que tales sentimientos pueden ser tan fuertes (o ocasionalmente más fuertes) para el analista como para el paciente; que el efecto de

estos sentimientos varían desde lo intrínsecamente inquietante a lo peligrosamente abrumador y desorientador; y, finalmente, que la clarificación de inhibiciones o síntomas impregnados de conflictos infantiles a menudo conduce a la rica eflorescencia, y no a la desaparición del deseo apasionado en la relación analítica. Aquí hay libertad para experimentar aquellos aspectos del deseo sexual y la fantasía erótica que forman parte de las auto-experiencias emergentes encontradas por primera vez dentro de los confines relativamente seguros del espacio analítico, experiencias que habían sido encerradas neurológicamente y, por lo tanto, no elaboradas en el pasado." (p.752).

Harold Searles (1959, 1979), para la época en que vivió, fue audaz, afirmando que la contratransferencia erótica (el analista desarrollando interés sexual en relación con su analizado) podía inducir poderosos cambios psíquicos en los pacientes. Eber (1990), por su parte, afirma que la transferencia erótica se considera frecuentemente como el resultado de una desconexión en la relación terapéutica. Por otro lado, Stefana (2017) menciona que, al no tratarse de un cuadro psicótico, la responsabilidad de una transferencia erótica sexualizada es casi siempre del analista por su incapacidad para hacer frente a la situación, no sólo por la connivencia inconsciente que haya podido existir, sino también por las propias necesidades del analista, sus comportamientos y actitudes pueden haber llevado a esta situación, aun así, reconoce que a veces hay casos en los que se dan estas circunstancias independientemente del funcionamiento analítico del terapeuta.

Según Ferenczi (1933), en su famoso texto "Confusión de lenguas", las seducciones incestuosas estarían presentes en el universo infantil, el amor que sienten, las fantasías lúdicas (papel materno en relación con el adulto) que se establecen siempre en el plano de la ternura, pero el problema surge cuando el adulto confunde los juegos infantiles con los deseos de una persona que ya ha alcanzado la madurez sexual, dejándose arrastrar a la práctica de actos sexuales. Es decir, el terapeuta puede haber confundido la tierna declaración de amor del paciente como algo imbuido de un componente erótico. En este sentido, según Stefana (2017, p. 507) "la transferencia erótica, especialmente de tipo amoroso -una forma clínica basada en un nivel maduro del complejo de Edipo- es una forma de defender al objeto/analista de la agresión, el odio, la hostilidad, la ambivalencia y la desvalorización, sentimientos que tienen su origen en las experiencias traumáticas de privación, pérdida, depresión, seducción y manipulación". La transferencia erótica es, por tanto, una expresión del dolor originado por las frustraciones tempranas, pero también es un intento benigno de recordar esas necesidades. Ese dolor representa una emoción anteriormente reprimida que puede finalmente encontrar expresión en el aquí y ahora de la sesión analítica. En lo implícito de la transferencia erótica está la necesidad

desesperada de establecer un vínculo vital con el objeto primario y de volver a crecer en una relación de objeto narcisista o en un estado de fusión auto-objeto (objeto ideal).

Según Balint (1949), la transferencia erótica representaría un intento por parte de los pacientes de volver a un estado fusional, con el fin de lograr un nuevo comienzo, es decir, de una dependencia infantil a una dependencia madura, separada del otro. Debemos añadir que según Bollas (1987; como se cita en Stefana, 2017) el conocido no pensado es de gran importancia, porque "cuanto más severas hayan sido las privaciones tempranas del sujeto, más sensible será a las respuestas afectivas del clínico". Establecer esta nueva relación real con el clínico, asimilar el impacto emocional que conlleva, reconocer los sentimientos sin huir de ellos, puede transformar inicialmente el mundo interno y después -al menos potencialmente- el mundo externo del paciente". (p.508).

Como hemos observado hasta aquí, existen diversas teorías, formas y pensamientos de varios autores sobre la transferencia erótica. Me gustaría hablar un poco sobre la autorrevelación y las implicaciones que puede tener. En general, se ha discutido mucho sobre este tema, algunos lo consideran inútil e incluso contraproducente, otros lo utilizan sólo en momentos muy particulares, otros aún, hacen de él, a diario, una herramienta preciosa para el trabajo analítico. En cuanto a mi experiencia como analizando, puedo contarles que en mi primer análisis, la autorrevelación fue uno de los momentos más importantes del proceso terapéutico, era un momento muy particular, en el que había tomado una decisión difícil sobre mi futuro y que, naturalmente, me ponía ansioso. La autorrevelación del analista me ha tranquilizado mucho. En un segundo análisis, el uso de la autorrevelación es natural y forma parte del dúo analítico, lo que está siendo profundamente transformador. En el trabajo con mis pacientes, recurro a la autorrevelación. En algunos momentos me pareció muy importante, pero en otros puede haber generado algunas dificultades.

En cuanto a la transferencia erótica, ¿cómo puede utilizarse en el trabajo analítico? ¿Es posible hacerlo? ¿Tendrá espacio la autorrevelación? Como sabemos, es muy difícil trabajar en este ámbito. Es decir, lo que el paciente presenta en la relación con nosotros, lo que se nos dice, la forma en que los pacientes utilizan el espacio de la relación, lo no verbal, lo que estamos sintiendo en relación con los pacientes, lo que nos lleva -teniendo en cuenta todos estos factores- a pensar que se trata de un campo minado y que puede generar tensiones en cualquier momento.

Según Stefana (2017, p.509), "La actuación adopta diferentes formas, desde simulaciones de orgasmos (a través de suspiros, gemidos y sacudidas corporales) hasta la realización de un striptease, desde la masturbación hasta un intento de contacto físico

real con el analista (búsqueda de gratificación sexual). En estos casos de transferencia erótica con *acting out* sexual, es un problema técnico muy relevante, los pacientes no escuchan lo que se les dice." En este sentido, como menciona el autor, es con gran dificultad que se aborda esta área, fundamentalmente cuando el/la paciente plantea la cuestión de querer saber si el analista tiene sentimientos eróticos por el/ella o no. Sin duda, será importante que el paciente sepa qué impacto está teniendo en el analista, lo que puede ser transformador porque, de alguna manera, todo el proceso que se está estableciendo en la relación terapéutica funciona de cierto modo como una autorrevelación por parte de la subjetividad del terapeuta (Renik, 1995a). La cuestión que se plantea es saber qué se puede y debe decir.

Según Gabbard (1996), de acuerdo con su experiencia como supervisor muchos analistas utilizan la autorrevelación sobre el deseo que tienen, como una forma de intentar reforzar la autoestima de sus pacientes, afirmando que muchos de sus compañeros le dicen que los pacientes, de alguna manera, sentirán probablemente el deseo que tendrá el terapeuta. Así que lo mejor es ser auténtico y genuino sobre lo que sientes y pensar juntos por qué ocurre esta situación.

Analistas como Davies (1994) y Knoblauch (1995) defienden claramente la revelación de tales sentimientos hacia los pacientes, afirmando que si de manera general se trabaja con la contratransferencia en la pareja analítica, ¿por qué no hacerlo con la transferencia erótica? Argumentan que la inacción o el rechazo proyectivo pueden dificultar el proceso analítico. Lo que Gabbard afirma es que existe una vía intermedia entre la autorrevelación verbal explícita y la inacción o el rechazo. Refiriéndose a Ehrenberg (1994), que siempre ha estado a favor de la autorrevelación, dice que en el caso del deseo sexual es un procedimiento anti-analítico. Además, los sentimientos sexuales son fundamentalmente diferentes de otros sentimientos contratransferenciales (Gabbard, 1994b; Maroda, 1991). Como implícito anteriormente, al invocar la analogía de la situación padre-hija, la revelación de sentimientos sexuales hacia un paciente está peligrosamente cerca de violar el tabú del incesto... los informes en la literatura que involucran la autorrevelación de tales sentimientos sugieren que hay algo intrínsecamente abrumador en escuchar que el analista está sintiendo deseo sexual por contratransferencia (Gorkin, 1985; Maroda, 1991), y que los pacientes, al escuchar tales informes, generalmente han respondido muy mal, a menudo con terror y confusión. Otra dimensión del problema puede ser que los sentimientos sexuales (más que otros sentimientos) pueden implicar alguna forma de acción, al menos desde el punto de vista del paciente. Por lo tanto, la revelación de tales sentimientos puede comprometer la sensación de seguridad del paciente en la relación analista-paciente. Es importante

destacar el punto de vista de Modell (1991) de que la asimetría en el escenario analítico no es una asimetría del deseo, sino una asimetría en relación con la comunicación del deseo. Es esta característica la que distingue la relación analítica de otras relaciones íntimas.

Comparto ahora con ustedes el caso de una paciente de 44 años a la que todavía sigo, que acudió a la consulta desesperada porque no conseguía quedarse embarazada, ni a través de las relaciones amorosas que había mantenido hasta entonces, ni a través de la procreación médicamente asistida. El sufrimiento era inmenso, recuerdo cada momento de su historia, con una madre profundamente desinvertida, con un padre débil, la paciente había vivido siempre desprotegida y sin seguridad. En la guardería no quería volver a casa, siempre rechazaba a su madre, que en lugar de pensar en la razón de tal comportamiento, la dejaba allí hasta el límite del cierre. A menudo pasaba el fin de semana con las educadoras, que adoraban a aquella niña. La paciente pensaba que, de alguna manera, seduciéndolas conseguiría su atención y su amor, ya que sus padres no tenían nada que darle. Se trataba de una madre muerta, en el concepto de Green (1986), que, a pesar de permanecer físicamente viva, está psíquicamente muerta a los ojos de la paciente.

En una fiesta de fin de curso, en la que la paciente debía recitar un poema, cuando tenía ocho años, ni su padre ni su madre se presentaron y, cuando volvió a casa, observó que sus padres estaban viendo la televisión, preguntándoles: "¿por qué no habéis venido a ver mi presentación?", a lo que sus padres habrían respondido: "se nos olvidó". Todo en la vida de esta paciente fue muy duro, ella es la hija del medio, siempre sintió que tenía que ser una buena estudiante para escapar de ese mundo tan frágil y de gran sufrimiento. Sus relaciones amorosas siempre estuvieron marcadas por el fracaso, sus elecciones siempre recayeron en hombres débiles, desinvertidos, rechazantes y con una fuerte componente (des)protectora. El éxito lo estaba teniendo en su doctorado, aún así, con una (des)asesora que era una narcisista perversa, sin empatía, profundamente seductora, que luego desprecia, que no tolera contradicciones, demostrando siempre un nivel de superioridad demoledor, siempre centrada en sí misma. A medida que pasaba el tiempo, sentía que estaba más cerca de este paciente. Observaba a esta mujer y la sentía desvitalizada, deseaba que ocurriera algo como resultado de nuestro encuentro. Su aspecto, siempre poco interesante y envejecido, nada en ella era vitalidad, nada en ella era maternal, estaba muerta por dentro y por fuera. Recuerdo que un día, mientras corría en el gimnasio, me fijé en una cantante que descubrí al acaso y que me recordaba a esta paciente, no solo por el parecido físico sino por la letra, cantaba de maravilla, la canción era de Lauren Daigle "You Say" que empezaba con esta línea: "Lucho contra las

voces en mi cabeza que me dicen que no soy suficiente" y toda la letra tenía sentido para mí con todo lo que estaba conociendo de ella. Decidí compartir el episodio y mis reflexiones sobre lo que había vivido con ella.

Mientras tanto, la paciente se preparaba para un nuevo intento de quedarse embarazada, estábamos expectantes por lo que iba a pasar, el deseo era inmenso, el plazo se acortaba, la edad avanzaba inexorablemente, pero una vez más no se quedó embarazada, estaba profundamente triste y angustiada, yo estaba desorientado, triste y ansioso y mi supervisor me ayudó una vez más a tranquilizar. Después de este momento, la paciente busca a otra compañera para que la acompañe y me cuenta lo sucedido, diciendo que cree que en ese momento es importante para ella tener otra voz, y que esto no implica terminar nuestro viaje. Probablemente no estaba siendo capaz de darle el consuelo, la seguridad y la protección que necesitaba en ese momento podría haber estado más centrado en mi fracaso en maternizar psíquicamente a esta mujer, o quizás, sintió que de alguna manera necesitaba protegernos a los dos, posiblemente nuestro vínculo era tan fuerte que sintió que yo me había entristecido profundamente por este momento y quería aligerar de alguna manera el peso del dolor en el que estábamos en sesión.

En esta etapa del proceso terapéutico, soñaba mucho con ella, eran todos sueños de conexión, me veía a su lado embarazada, el bebé ya nacido, y yo, de alguna manera, como cuidador. Entonces, en una sesión, cuando se acercaba el siguiente intento, en un soñar despierto total, recordé la película *Amigos de Alex*, de Lawrence Kasdan, una película que cuenta la historia de siete antiguos compañeros de la universidad, que se vuelven a reunir a causa de la muerte de otro amigo y colega que se había suicidado. Entre muchas tramas, hay una historia, cerca del final, en la que una pareja (Glenn Close y Kevin Kline), deciden ayudar a una de sus amigas (Mary Kay Place) a petición de Glenn Close, para que su marido se acueste con ella con el fin de dejarla embarazada. Me encontré pensando en este ensueño, qué simbolismo, y lo que representaba en la relación analítica que estábamos construyendo. Qué representaría el suicidio en la película y el embarazo fallido. Estaba pisando campos de minas, ¿qué querría, ponerme en el lugar de Harold (el personaje interpretado por Kevin Kline)? El sufrimiento y las expectativas de la paciente eran cada vez mayores y desesperantes, el tiempo se acortaba, la posibilidad de repetir el proceso de inseminación disminuía, no sólo por su edad, sino también por el tiempo que tendría que pasar entre una intervención y otra. De alguna manera, sentía que esta paciente me gustaba cada vez más, la encontraba cada vez más bella, más elegante, más atractiva. Curiosamente, me traía conchas de una playa en la que veraneaba habitualmente. En un momento dado me di cuenta de que lo

que me traía eran partes de su *Self* que no estaban cohesionadas, que estaban desconectadas y que necesitaban, en un primer momento, que yo las uniera con ella, para que después pudiéramos crear un tercer elemento, en el sentido de Ogden (1994). Según el autor, se utiliza principalmente como vehículo para comprender la experiencia consciente y inconsciente del analizando (el analizando y el analista no participan en un proceso democrático de análisis mutuo).

El concepto del tercer analítico proporciona una estructura de ideas sobre la interdependencia de sujeto y objeto, de transferencia y contratransferencia, que ayuda al analista en sus esfuerzos por atender con atención y pensar con claridad sobre la mirada de lo intersubjetivo clínico. Hechos que encuentra, ya sean divagaciones aparentemente egoístas de su mente, sensaciones corporales que aparentemente no tienen nada que ver con el analizando, o cualquier otro campo analítico, o objeto intersubjetivamente generado por el par analítico. Como resultado de lo que estábamos creando - me imagino-, finalmente la paciente se quedó embarazada. La alegría era inmensa, pero también el miedo, ella temía que el embarazo no llegara a término. Fueron momentos muy difíciles, de gran angustia, pero aun así, creo que esta vez estábamos seguros y éramos lo suficientemente fuertes como para lograrlo. Y así fue, la bebé nació sana, en el día y mes en que yo nací. Como imaginarán, el simbolismo de todo esto me recordó a dos autores: el primero, Ogden (2010, p.17) "El psicoanálisis es una experiencia emocional vivida. Como tal, no puede traducirse, transcribirse, grabarse, explicarse, entenderse ni contarse con palabras"; El segundo me dejó pensando mucho en el papel que tenemos como compañeros de viaje con las personas que acuden a nosotros y nos piden ayuda. Siempre intento recordar un pensamiento atribuido a Jung, que decía que es importante conocer la teoría, dominar la técnica, pero cuando recibimos al otro en consulta, existimos sólo como un alma humana más.

Comentario Final

Como se ve, se trata de un tema que requiere una profunda reflexión por parte de todos nosotros y que debe considerarse en el ámbito de la formación de los futuros psicoterapeutas. De los varios artículos que he leído, he notado que todavía prevalece en algunos círculos psicoanalíticos la idea de que un análisis se inscribe en un modelo unipersonal, aunque sepamos que a pesar de que exista alguna asimetría en el encuentro analítico, la negación prevaleciente en muchos analistas en lo que concierne a la transferencia y a la contratransferencia erótica, sólo puede resultar de sus propias defensas y resistencias a entrar en contacto con el modelo de dos personas en análisis.

Según Krausz (2016, p. 27): "Al fin y al cabo, la madre empática le dirá a su apasionado hijo en edad edípica que no puede casarse con él porque ya está casada con su padre y que ya verá cuando crezca que lo mejor para él será casarse con alguien de su edad". Lo importante aquí es que ella se tome en serio su declaración de amor, en lugar de humillarle por ello. Lo importante aquí es que ella se tome en serio su declaración de amor, en lugar de humillarle por ello. Una respuesta humillante a una declaración de amor es no aceptar mentalmente la dimensión de pérdida y duelo inherente a la plena expresión del deseo humano."

Además, si miramos la relación analítica con todos los nuevos conceptos que vamos conociendo, lo razonable sería ampliarla a un modelo de tres personas (Kulish, 2011), donde la triangulación podría experimentarse como legitimación teórica, para una mejor comprensión de la transferencia y contratransferencia erótica facilitando, según Elise (2002), los sentimientos eróticos del paciente, así como los suyos propios, en el contexto de aceptar que esta interacción analítica es común, esperada y eventualmente deseada. Permitir que los pacientes logren un nuevo comienzo (Balint, 1949), reconociendo que hay algo que se sabe pero que aún no se ha pensado (Bollas, 1987). Creo que este y otros temas de nuestra maravillosa profesión, con los que nos enfrentamos a diario, merecen un lugar de puesta en común entre compañeros, no debemos estar solos, fundamentalmente en este tema. Añadiría que el análisis personal y la supervisión son muy importantes en el contexto de la transferencia erótica, deben ser tranquilizadores y protectores, ayudando a construir una identidad analítica segura y, fundamentalmente, una garantía para nuestros pacientes.

REFERENCIAS

- Balint, M. (1950) Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psycho-Analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 31,117-124.
- Blechner, M. J. (2009). Erotic and Antierotic Transference. *Contemporary Psychoanalysis*, 45, 82-92.
- Blum, H. (1973). The concept of the erotized transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21,61-76.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object*. Free Association Books.
- Bollas, C. (1994) Aspects of the Erotic Transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 14,572-590.
- Coen, S. J. (1981). Sexualization as the predominant mode of defense. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 893-920.

- Davies, J. M. (1994). *Love in the Afternoon: A Relational Reconsideration of Desire and Dread in the Countertransference*. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 153-170.
- Davies, J. M. (1998). Between the Disclosure and Foreclosure of Erotic Transference-Countertransference: Can Psychoanalysis Find a Place for Adult Sexuality?. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 747-766.
- Eber, M. (1990). Erotized transference reconsidered: Expanding the countertransference dimension. *Psychoanal. Rev.*, 77 (1), 25-39.
- Ehrenberg, D. B. (1994). Reply to reviews by Barrett, Blechner, and Schwartz of *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 303-316.
- Elise, D. (2002). Blocked creativity and inhibited erotic transference. *Studies in Gender and Sexuality*, 3, 161-195.
- Ferenczi, S. (1933). *Confusion of tongues between adults and the child*. In M. Balint (Ed.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*, E. Mosbacher (Trans.) London: Hogarth Press, 1955, (reprinted London: Karnac Books, 1994)
- Flax, M. (2000). The Tapestry of the Erotic Transference: Weaving the Threads. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 8, 207-232.
- Flax, M. & White, J. G. (1998). The Erotic Spell: Women Analysts Working with Male Patients. *Gender and Psychoanalysis*, 3, 5-31.
- Freud, S. (1915). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 12, 157-171.
- Fromm-Reichmann, F. (1989). Reminiscences of Europe, In *Psychoanalysis and Psychosis*, A. Silver. (Ed.), Int. Univ. Press, 469-481.
- Gabbard, G. O. (1994). On Love and Lust in Erotic Transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 385-403. <https://doi.org/10.1177/000306519404200203>
- Gabbard, G. O. (1994b). Commentary on papers by Tansey, Hirsch, and Davies, *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 203-213. <https://pep-web.org/search/document/PD.004.0203a>
- Gabbard, G. O. (1996). *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ: Jason Aronson. ISBN-10 0765702916
- Gordon, R. M. (2017, fevereiro 8). Managing Transference (Vídeo). Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=8ZT5-n7Tjlc>
- Gorkin, M. (1985). Varieties of sexualized countertransference. *Psychoanal. Rev.*, 72, 421-440.
- Gornick, L. K. (1986). Developing a new narrative: The woman therapist and the male patient. *Psychoanal. Psychol.*, 3(4), 299-325.
- Green, A. (1986). The dead mother. In *On Private Madness*. Original publication "La mère morte" in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Éditions Minuit, 1983, 222-253.

- Knoblauch, S. H. (1995). To speak or not to speak? How and when is that the question? Commentary on papers by Davies and Gabbard, *Psychoanal. Dial.*, 5, 151-155.
- Krausz, R. (2016). Can We Transcend the Next Taboo? When the Analyst Avoids the Erotic Transference and Erotic Counter-Transference. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 24, 24-50.
- Kulish, N. (2011). Obstacles to Oedipal passion. *Psychoanalytic Quarterly*, 80, 3-32.
- Kumin, I. (1985). Erotic horror: Desire and resistance in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 11, 3-20.
- Langs, R. J. (1974). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 2. Aronson. ISBN 10: 0876680643
- Maroda, K. (1991). *The Power of Countertransference*. Wiley. ISBN- 10: 0471926264
- Marucco, N. C. (1997). The Oedipus complex, castration and the fetish: A revision of the psychoanalytic theory of sexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78, 351-355.
- Modell, A. H. (1991). The therapeutic relationship as a paradoxical experience *Psychoanal. Dial.*, 1, 13-28.
- Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Ogden, T. H. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Artmed. ISBN:10 8536322330
- Person, E. S. (1988). *Dreams of Love and Other Fateful Encounters: Romance in Our Time*. Norton. ISBN: 0393025276
- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41(2), 147-158.
- Quinn, S. (1987). *A Mind of Her Own: The Life of Karen Horney*, New York: Summit Books.
- Renik, O. (1995b). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure *Psychoanal. Quarterly*, 64, 466-495.
- Searles, H.F. (1959). Oedipal Love in the Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40, 180-190.
- Searles, H.F. (1979). *Countertransference and Related Subjects*. International Universities Press.
- Stefana, A. (2017). Erotic Transference. *British Journal of Psychotherapy*, 33, 505- 513.
- Stepansky, P. F. (1988). *The Memoirs of Margaret S. Mahler*. Free Press.
- Stoller, R. (1979). *Sexual Excitement: Dynamics of Erotic Life*. Pantheon.
- Wolf, E. S. (1994). Narcissistic lust and other vicissitudes of sexuality. *Psychoanal. Inq.*, 14 (4), 519-534.
- Wrye, H. K., & Wells, J. K. (1989). The maternal erotic transference. *Int. J. Psycho- Anal.*, 70, 673-684.

Wrye, H. K., & Wells, J. K. (1994). *The Narration of Desire*. Analytic Press.

Original recibido con fecha: 15/11/2022

Revisado: 30/1/2023

Aceptado: 30/4/2023