

MURIEL DIMEN, Ph.D.

¿LAPSUS LINGVAE, O UN DESLIZ DE LA LENGUA?

**UN CASO DE ABUSO SEXUAL DENTRO DE UN TRATAMIENTO ANALÍTICO Y
SUS CONSECUENCIAS PERSONALES Y TEÓRICAS¹**

Resumen: Las transgresiones a los límites sexuales son tan antiguas como el psicoanálisis mismo. Sin embargo, pese a estar recibiendo más atención en la literatura, este dilema profesional, intelectual, clínico y personal aún perdura. ¿No quieren los analistas pensar o hablar de ello? ¿Se interpone nuestra culpa compartida, o incluso nuestra ambivalencia al respecto? ¿Es el crimen primordial en esencia imparabile? La autora examina su propia experiencia de abuso sexual desde una perspectiva teórica y clínica. Ubicando la transgresión de su analista dentro de la historia cultural de la década de los '70, el artículo intenta descifrar qué fue lo que condujo a esa situación: ¿Qué hizo y no hizo el analista? ¿Qué dijo y no dijo? ¿Cómo interactuó el carácter del analista con el de la autora de manera de producir una conflagración sobre la cual el analista nunca habló y que la autora/paciente calló durante 30 años? ¿Y bajo qué circunstancias puede ser transformado el daño causado por este tipo de falta ética?

Palabras clave: Silencio, escenificación, contratransferencia erótica, feminismo, patriarcado, ética.

*La libertad de expresión tiene sus raíces en el orgullo
y es, en esencia, una expresión de la dignidad humana.*

—Orhan Pamuk (2005)

Introducción: El Abrazo y la Erección

Cuando era una estudiante de postgrado de antropología, mucho antes de pensar en

¹ Contemporary Psychoanalysis, Vol. 47, No. 1. ISSN 0010-7530 © 2011 William Alanson White Institute, New York, NY. Todos los derechos reservados. Agradezco a Soledad Sánchez por su traducción de mi artículo al español.

dedicarme a la clínica, comencé un tratamiento con un psicoanalista de trayectoria impecable. Yo tenía 26 años y corría el año 1968, época de cambios políticos, personales, culturales e intelectuales, pero donde la subjetividad sexual de las mujeres aún era oficialmente considerada menos que propia. En noviembre de 1973, me encontraba a punto de asistir a una conferencia anual sobre antropología (yo era profesora asistente en ese entonces), decidida a acostarme con un hombre que había conocido el año anterior. Alguna vez le había contado mi plan al Dr. O y en esta ocasión le relataba mi excitación, miedo y sentimiento de culpa por el adulterio. A pesar que solía hablar de sexo, mirando hacia atrás, pienso que ésta era la primera vez que me apropiaba realmente de mi intencionalidad sexual. Sin duda, el feminismo y la llamada “revolución sexual” (con ayuda de las píldoras anticonceptivas de la década de los ‘60 y la legalización del aborto en el estado de Nueva York en 1973) estaban haciendo sinergia con el psicoanálisis, en mí, para recuperar una forma de autoconocimiento que había estado bloqueada durante demasiado tiempo, motivo (sabido pero no pensado) por el cual había buscado tratamiento.

La sesión terminó, el Dr. O me acompañó hasta la puerta, le dije: "Tengo miedo, quiero que me abrace" (no se trataba del primer abrazo: en la primavera del año anterior, cuando lloraba por la muerte de mi padre, él se había sentado en el diván para hacerlo). Terminando el abrazo, lo besé en la mejilla. No sé si había habido un beso antes, pero creo que no. Y entonces él dijo—y esto sí que era primera (y sería la última) vez que ocurría—“No. ¿Por qué no mejor un beso de verdad?” Ni siquiera era una pregunta—como dice el aforismo, hay un “trance” en la “transferencia”—de modo que lo besé en la boca. Él me respondió con su lengua, momento en el cual, a medida que escribo, recuerdo haber experimentado un sentimiento de shock que luego ignoré. Él se rió entre dientes: “Ay, se me está parando. Será mejor que me detenga.” Yo no sentí nada, o más bien, no tuve conciencia de nada. Llamémoslo una “confusión de lenguas”.

Me fui, asistí a la conferencia, tuve una experiencia sexual decepcionante, nunca vi al tipo de nuevo, volví al análisis, no hablé del abrazo ni de la erección ni del beso con lengua, ni nunca volví a hacer nada parecido en un tratamiento que se prolongó por siete años más. El Dr. O tampoco lo mencionó jamás.

Los antecedentes profesionales del Dr. O volvieron su silencio aún más extraño. Si hubiera sido de formación clásica, se podría haber entendido como algo mandado técnicamente: sin importar lo que el analista haga, es la percepción del paciente lo que importa y lo que requiere ser investigado (Verner, 1979). El Dr. O, normalmente locuaz,

por el contrario, consideraba al analista como una persona igual al paciente, como un colaborador a la relación, y al paciente, como alguien tan responsable y adulto como el analista. Él creía que se debía reconocer, y a veces incluso discutir con el paciente, cómo éste iba recibiendo la presencia particular del analista. Sin embargo, de haberse mantenido firme en este principio, el tratamiento pronto habría terminado. En vez de ello, se prolongó producto del silencio que lo fue menoscabando.

Debo decir que el Dr. O me hacía bien. Su voz y su cadencia, que me recordaban a mi madre, constituían un consuelo. Y a diferencia de mi padre, cuyo narcisismo lo había llevado por un camino diferente, el Dr. O sí escuchaba. *Un hombre que escuchaba*. ¡Oh, maravillosa novedad! Eso bastó: una presencia fálica con un corazón maternal. El género y el poder nunca habían estado más bellamente unidos, solución que, huelga decir, claramente se convirtió en un problema. Mi neurosis de transferencia—llámenla envidia del pene o, mejor, del falo—consistía en creer que su masculinidad podía liberar mi propia voz. Acurrucada en esta poderosa transferencia patriarcal—¿amor acaso?—yo crecí. Bajo el resplandor idealizado de su cuidado y modelaje, regresó un self comprometido, atractivo y elocuente que yo había anteriormente abandonado. Mi confianza brotó, escribí mi primer libro (1977), cambié de carrera de la antropología al psicoanálisis, y me divorcié.

Todo esto ocurrió en paralelo a una profunda disociación. Yo iba a las sesiones con lo que, en privado, denominaba “esperanza desesperanzada.” “Fe ciega” la llamaría ahora que puedo pensar. Inconscientemente, ahí era donde yo quería quedarme y donde, efectivamente, podía hacerlo, porque sin simbolización, *nada* ni tiempo alguno había pasado. A veces me pienso a mí misma como habiendo sido uno de los gansos bebés de Lorenz² (Brigandt, 2005), como uno efectivamente lo es cuando está en análisis profundo. La diferencia es que lo fui desde la primera llamada telefónica y que, al parecer, así era como deseaba permanecer, en un estado de adoración y de confianza total, en ese estado de apego tan necesario como peligroso (Bowlby, 1982) que llamamos “imprinting” (Brigandt, 2005). El silencio del Dr. O no sólo aumentó la disociación y me protegió de la vergüenza que acalla el miedo, sino que utilizó e intensificó el trance original.

² Konrad Lorenz fue un médico austriaco investigador de la conducta animal, ganador del premio Nobel de Medicina de 1973 y fundador de la etología. Él llamó *imprinting* (algo así como impronta) a la huella que queda en el cerebro de los animales recién nacidos con la imagen de su madre o del primer ser que encuentra al salir del cascarón. Lorenz incubó huevos de ganso en su casa y los gansitos lo tomaron como si fuera su madre dado que con él establecieron su primer contacto visual. (*N. de la T.*)

Nunca olvidé el abrazo ni la erección; siempre recordé esa lengua deslizándose en mi boca, pero no podía hacer nada con esa vivencia. Era un recuerdo carente de afecto, como en dos dimensiones. Con posterioridad al tratamiento con el Dr. O, cuando intentaba ir más allá de la mera narración de quién hizo qué a quién, sólo lograba sentir un estado de necesidad y de tristeza abrumadora que originaba un cuestionamiento obsesivo de todos los otros puntos de inflexión en mi vida. Tratando de manejar todo este dolor por mí misma, no fui capaz de encontrar una cadena de significación. Para ser más exacta, lo que sucedió entre el Dr. O y yo no fue objeto de conocimiento hasta que escribí acerca de ello y pude hablarlo con la comunidad psicoanalítica y con otras personas. Con anterioridad a eso, simplemente *era*. En ausencia de reciprocidad (Aron, 1996; Benjamin, 1988), el sentimiento no podía ser contenido (Bion, 1962), el conocimiento (Ogden, 1994) no podía integrarse ni tampoco podía desarrollarse un “yo” que mantuviera unidos los fragmentos del self (Bromberg, 1996; Rivera, 1989).

Debido a la enorme ambigüedad que rodea e infunde al lapsus del Dr. O, me parecía apropiado titular este artículo como “Lapsus linguae.” Literalmente, esta frase se traduce como “un desliz de la lengua”, expresión que di a mi segundo título, y que a su vez formulé como pregunta porque lo que sucedió en aquel tratamiento no fue del todo claro (si lo hubiera sido, este largo artículo no habría sido necesario). En psicoanálisis, aplicamos el término griego más bien concreto de *parapraxis* (un acto o hecho fallido; *Fehlleistung* de Freud (acción defectuosa [Strachey, 1901]) a aquello que connota el concepto de *lapsus linguae*.

El latín, en cambio, está plagado de imágenes. De acuerdo al *Oxford Latin Dictionary* (Glare, 1982, p. 1002), “*lapsus* puede tener varios sentidos [en orden histórico]: (1) simplemente caer o resbalarse; (2) un movimiento de suave deslizamiento, como arrastrarse o moverse con sigilo; (3) caer en desgracia o descender de un alto rango; (4) caer en un error, mala conducta, fracaso o falla” (Schein, 2010). Este conjunto de significados parece adecuado: la lengua deslizándose, la caída en desgracia, la escalofriante³ mala conducta. Curiosamente, *lingua* también crea un juego de palabras, aludiendo a “lengua” como órgano y como habla (Glare, 1982, p. 1032-1033). La especial relevancia de esta duplicidad de significados en esta situación tan única y a la vez familiar, se volverá más clara más adelante.

En este artículo, quiero devolverle profundidad y tiempo a la instancia de un fenómeno

³ En el original, *creepy*, adjetivo que significa tanto que se arrastra como espeluznante, escalofriante. (*N. de la T.*)

que ocurre frecuentemente cuando la persona necesitada es una mujer joven (aunque también podría ser un hombre) que busca ayuda en una autoridad masculina mayor (aunque también podría ser femenina). Esta violación continua de la confianza es apenas concebible en las vocaciones marcadas y empañadas por ella—desde lo religioso y espiritual hasta lo médico y secular, incluyendo todos los tipos de psicoanálisis. Por eso quiero tratar de pensar en esa experiencia fragmentada, reparar y rellenarla recurriendo a mi propia historia, como también a ideas y prácticas profesionales que se han ido desarrollando de manera exponencial desde mi tratamiento con el Dr. O (quien, hay que decir, ya no está vivo). Espero que este proyecto también contribuya en algo a la discusión sobre las transgresiones de límites.

Para hacer esto, tengo que develar, de forma selectiva, un poco de mí misma. La autobiografía está, por supuesto, sujeta a diversos peligros: uno no es el mejor historiador de uno mismo y la memoria no es un método científico objetivo (sin mencionar el problema del autoanálisis, que es, como dicen, la contratransferencia). Sin embargo, la autobiografía es todo lo que tengo. He aquí el trauma clásico, que oculté de mí misma: la única persona que yo sentía podía ayudarme era la que me había dañado, a quien yo necesitaba, y en cuya confiabilidad, en consecuencia, yo necesitaba creer urgentemente. Para Gabbard y Pope (1989, p. 118), las transgresiones sexuales de los analistas pueden sembrar la duda, inclinando a los pacientes a “posponer [. . .] el trabajo de duelo y aferrarse a la fantasía de que algún día [. . .] los deseos [incestuosos] serán satisfechos.” Efectivamente, un aliciente para haber permanecido en tratamiento todo el tiempo que estuve pudo haber sido la esperanza disociada por que se repitiera la transgresión: pocos años después del segundo y último término del tratamiento (no relatado aquí), me sorprendió descubrir en mí la fantasía de que el Dr. O me estuviera esperando al final del camino. Mi lucha por escribir sobre esto ha tenido que ver con poder equilibrar mi pérdida, pena y temor a la vergüenza, con la capacidad de pensar (Bion, 1962; Fonagy, 2002). Efectivamente, tal vez me convertí en analista—proceso que abordaré más adelante—para poder pensar en algo que no podía ser pensado, para decir lo indecible, y para poder llorar mientras hablaba.

A continuación, hablo sobre las raíces del lapsus del Dr. O en este extraño tratamiento que podría considerarse tanto un éxito como un fracaso; su transgresión como resultado de lo que él (como yo lo percibía) y yo (como yo misma me percibo) aportamos; las lagunas conceptuales y la pobreza técnica; y los peligros inherentes al psicoanálisis. En la Parte I, analizo cómo mi mutismo se unió al silencio del Dr. O, dando pie a un

análisis teñido por el incesto, cuestión que luego abordé teórica y clínicamente en la Parte II.

En la conclusión, reflexiono sobre el dilema colectivo del psicoanálisis: el crimen primordial de la transgresión sexual.

A lo largo de todo este ensayo, tendré en mente los contextos profesional, intelectual y cultural en los cuales el análisis se llevó a cabo y en que nacieron mis reflexiones. En ese sentido, este artículo puede ser leído como el reporte de una época en la cual la estructura profunda del psicoanálisis comenzó a cambiar. Mi tratamiento con el Dr. O tendió un puente entre el final de la década de los '60 y el inicio de los '80, período en el cual surgió el tema de los derechos de los pacientes, la democracia en la consulta, el reconocimiento del abuso sexual infantil por parte de los padres y por supuesto, previo a todo lo anterior, la liberación femenina.

I. Los Sonidos del Silencio

El concepto de *Nachträglichkeit* reinventó el significado de los recuerdos, pasando a ser éstos ahora posesiones inciertas. Cuando comencé a escribir este artículo, pensaba que el aspecto más terrible de la traición del Dr. O había sido su transgresión sexual. Como resultado de ella, yo me había quebrado en pedazos: una parte de mí había florecido apegada al análisis, mientras que la otra había vivido en un terrible y mudo estado de recordación. La elaboración de este artículo ha puesto a ambas partes a dialogar entre sí y con el mundo psicoanalítico. Este coloquio, a su vez, me ha hecho revisar mi percepción de la malevolencia del Dr. O: en el contexto de la cura del habla, su resonante silencio y su acto intrusivo rompieron su pacto y mi corazón. Ferenczi (1933), ciertamente, nos enseñó esto mucho tiempo atrás, pero una cosa es leerlo y otra muy distinta, vivirlo.

Romper mi propio silencio ha reeditado el pasado. De manera crucial, un momento aparentemente único—efectivamente, había sido fabricado mediante la disociación como un solo instante—aparece ahora, por así decirlo, como *primus inter pares*. El *lapsus linguae* del Dr. O fue uno entre muchos otros errores clínicos habituales en mi análisis con un hombre cuyo carácter generaba un efecto particular en un tipo particular de tratamiento, para bien y para mal. Al mismo tiempo, permanece no sólo como un símbolo de profunda traición, sino como la cosa en sí misma: significativa, significado y referente, todo al mismo tiempo. Si en mi recuerdo, el abrazo, el beso con lengua y la

erección representaron la corrupción del análisis, el evento también sobresalió porque implicaba un acto sexual cuya reparación hubiera requerido de un discurso sexual por parte de un self cuya estructura preedípica se había, en ese momento, apenas agrietado. Mirando hacia atrás, creo que era efectivamente mi silencio lo que yo deseaba que el análisis curara. Y en este tratamiento encontré efectivamente la nueva experiencia verbal que buscaba, pero también las mismas cosas antiguas de las que no sabía necesitaba deshacerme. De manera tanto constructiva como destructiva, la contratransferencia del Dr. O calzaba a la perfección con mi transferencia. Estando con él, emergía una voz que yo sentía más verdadera que cualquier otra voz que hubiera oído salir de mi boca o puesto en papel. Al mismo tiempo, sin embargo, a medida que comencé a hablar, el Dr. O insinuó su deseo y luego desistió de hablar sobre él, de manera que una pequeña pero vital parte de mí se cerró de inmediato, enmudeció y permaneció así, en silencio. En ningún tratamiento se ventila todo, pero su silencio y mi mutismo crearon un patrón en el cual la reflexión mutua—sobre quién era yo, quién era él, qué (no) estaba pasando en nuestra relación, cómo entre los dos podíamos monitorearla—no tenía lugar.

La Ayuda del Dr. O: Llorando la Muerte de mi Madre

Por extraño que parezca (o quizás no lo es en absoluto), sólo con el Dr. O comencé a entender cuán perjudicial podía ser el silencio. Uno de los problemas subyacentes que me llevó a tratamiento fue mi coartada respuesta a la inesperada muerte de mi madre. Sólo que ella había muerto cuando yo tenía 20, casi seis años antes de mi primera consulta con el Dr. O, y yo guardé silencio sobre esta pérdida desde enero de 1963 hasta diciembre de 1968, casi seis años. No es que nunca hubiera hablado de ella, pero emocionalmente estaba en silencio. No sabía cómo hacer el duelo, nadie en mi familia lo sabía. Simplemente seguimos con nuestras vidas. Para mí—como, sospecho, para otros en esta cultura— “procesar” se transformaría en un verbo conocido sólo una década después, en los ‘70, cuando la terapia se volviera una palabra de uso cotidiano en los Estados Unidos. Mi familia—y mis amigos, y mis compañeros de postgrado, y mi marido—no sabían que hablar resultaba útil; algunos aún no lo creen.

Cuando al principio del tratamiento, el Dr. O me preguntó cómo había muerto mi madre, le respondí en blanco y negro: “Ella era una estadística.” Desconcertado como sólo lo vería dos o tres veces en los años que lo conocí, se las ingenió para preguntarme

a qué me refería. Como leyendo el obituario de alguien remotamente familiar, le expliqué que ella había muerto después de una cirugía de rutina mayor—una tiroidectomía—pero que mi padre no había ordenado una autopsia—había mantenido el silencio—de manera que no se conocía realmente la causa de su muerte. Todo lo que mi familia sabía, por las notas de una enfermera encontradas al azar, era que en la madrugada, incapaz de respirar, mi madre había llamado pidiendo ayuda. Después de una traqueotomía, llamó de nuevo, pero—de alguna manera sabemos esto—nadie respondió. Silencio en la noche oscura del hospital.

Respondiendo en Technicolor, el Dr. O exclamó: “¡Eso no es una estadística, es una catástrofe!” Recuerdo el honor que sentí al escucharlo a Él, a quien ya admiraba sobrecogedoramente, emplear una palabra tan grande acerca de mi pequeña vida. La certeza con la que hablaba—y con la cual, tendremos que reconocer, yo también debí ya haberlo dotado—fue una bendición. Mirando hacia atrás, me doy cuenta que él reflejó adecuadamente la magnitud de mi sufrimiento, por lo que siempre le estaré agradecida. Yo había determinado secar mis lágrimas con probabilidades porque, careciendo tanto de los hechos duros que una autopsia hubiera arrojado como del abrazo de una familia cómoda con el dolor, no podía soportar el sinsentido de su muerte.

Pero en la consulta del Dr. O, donde la emoción era conocible y significativa, esta abrupta pérdida dejó de ser sólo una de esas cosas, una estadística insignificante dentro de la historia de la población: era importante. Nuestra familia jamás habría pensado en publicar un obituario en alguna parte, pero ahora, con la seguridad de la protesta del Dr. O apoyándome, la muerte de mi madre alcanzó el *New York Times* de mi mente. Mi llanto, mi dolor, mi apego importaban. Habiendo recibido el reconocimiento que no sabía estaba esperando, me hice capaz de reconocermé a mí misma, mis necesidades y mis deseos. Incluso comencé a permitirme el querer saber, el investigar mi pérdida, e ingenuamente llamé por teléfono al primo de mi madre, quién era médico, buscando una explicación. Que era imposible que él tuviera información después de tantos años era irrelevante: el punto era que saber y desear saber finalmente se sentían como algo seguro.⁴

La metáfora del diario no es accidental. Con el Dr. O, comencé a (re)descubrir mi

⁴ He intentado, primero durante mi tratamiento con el Dr. O y luego en los años posteriores, conseguir los registros del hospital. Pero el *St. Joseph's Hospital* de Far Rockaway, habiéndose clausurado dos veces por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, cerró definitivamente en algún momento de la década de los '70, quedando todos sus documentos enterrados en las cavernas bajo el *North Shore Hospital* de Great Neck—imaginen la irónica escena final de “Indiana Jones: en busca del Arca Perdida.”

propia voz. Yo ya reclamaba posesión de ella estimulada por el mundo feminista que estaba ayudando a construir al mismo tiempo que habitaba en él. Aún así, la validación del Dr. O respecto del interés periodístico de mi vida interior, jugaba un rol no menor en el (re)descubrimiento de mi self literario. La escritura me había resultado fácil antes de la secundaria, pero hasta la mitad de mi tratamiento con el Dr. O, era una fuente de terror y parálisis. Igual que hablar en público: al enfrentar una audiencia, me quedaba muda por un minuto mientras todo el significado se desvanecía, recordando mis largos y habituales silencios en clases de pre y postgrado. El habla, la escritura y la voz me regresaban imperceptiblemente y en repentinas oleadas, incluso mientras mi defectuoso tratamiento continuaba de manera tan dispar.

El Dr. O—y, seguramente, el psicoanálisis mismo—llenó de significado un vacío: en vez de un espacio en el tiempo, había una tragedia. Sin el temor a la burla, a la habitual crítica familiar sobre “tomarse demasiado en serio,” podía comenzar a tratarme con delicadeza. Sé que parece contradictorio haber tenido esta experiencia con un hombre que confesó ser un elefante en una cristalería. De hecho, una vez contó, con risa y placer, que su analista supervisor había desistido de formarlo diciendo: “Si no puede entrar por la puerta principal, usará la ventana.” Pero los ladrones no necesariamente son poco amables. Una vez, luego de una emotiva sesión marcada por la recuperación y la reconstitución, el Dr. O sonrió: “Me siento como un padre que acaba de ponerle el traje de nieve y la bufanda a su hija y la está mandando a jugar afuera.” Que él era el sujeto de la oración y yo, el objeto, puede ser una de las razones por las que aún permanece en mi mente. Aún así, cierta ternura logró atravesar el egocentrismo que consistentemente marchitaba su técnica.

Su identificación como padre nutricio causó una impresión indeleble en mí. Esto explica en parte por qué permanecí en tratamiento después de su enorme transgresión, por qué pasé por alto el egoísmo (¿o deberíamos llamarlo narcisismo?) de su deseo, por qué mantuve la fe por tanto tiempo. No fue sólo que quedara prendada de él—apegada como un ganso recién nacido—cuando, habiéndolo llamado para pedir una cita, lo escuché hablar por primera vez. ¿Qué sacrificio—de habla, de conocimiento, de sí mismo—no se haría por un hombre que captó, que atrapó lo que uno no podía: la visión horrorizada e impotente de tu madre ahogándose en su propia sangre?

¿Quién hablaba cuando tu padre no lo hacía? Yo conocía la inmensidad del sufrimiento de mi padre: lo observé mientras la gente abandonaba la funeraria, solo, en una esquina, su cuerpo socavado por las lágrimas. Pero no fui hacia él. Nunca mencioné su dolor ni

él tampoco. Después del funeral, alguien—no sé quién—me entregó la argolla de matrimonio de mi madre y un anillo de perlas que mi padre le regaló cuando logró ascender un poco en la vida. Intencionalmente, me abstuve de contarle que tenía las joyas, temiendo que mencionárselo le doliera. Mientras tanto, él buscaba frenéticamente los anillos porque sabía que habían estado en la caja fuerte del hospital y quería que yo los tuviera.

Palabra y Conducta

¿Parecerá ahora ingrato si menciono lo que el Dr. O no hizo? Al hablar donde antes había habido silencio, el Dr. O me ayudó a hacer el duelo. Al intervenir en lugar de abandonarme en mi pesar, como lo hacíamos en mi familia, le puso nombre a la tragedia y empatizó con la angustia que esto conllevaba. Esta “experiencia emocional correctiva” (Alexander et al., 1946) fue buena en sí misma. Pero algo de indagación habría venido bien. Hablando desde una larga experiencia clínica, me hubiera gustado que, en algún momento, también me hubiera ayudado a preguntarme cuán impensable había sido registrar mi pérdida como trágica. El psicoanálisis no sólo se trata de aliviar el estado del paciente. Como he aprendido en mi trabajo y en tratamientos posteriores, se trata de ayudar al paciente a saber qué es lo que ayuda, lo que constituye una herramienta para la vida.

Saber lo que ayuda, a su vez, depende del reconocimiento. En consecuencia, es el analista—a través de reconocer al paciente y de recibir de vuelta el reconocimiento de éste—quien debe asistir al logro del auto-reconocimiento (Benjamin, 1988). Este proceso implica guiar al paciente a través de la propia participación (Sullivan, 1953), en un proceso reflexivo que ocurre dentro de una relación, la que a su vez se vuelve objeto de la reflexión (Ogden, 1994). Este proceso mutuamente contemplativo que realizan ambos conocedores (Mitchell, 1997), busca aumentar la auto-comprensión del paciente de un modo sanador.

Para hacer esto, sin embargo, la técnica analítica requiere de cierta humildad, virtud que no abundaba en la consulta del Dr. O. La certeza y seguridad con la que hablaba sobre la inmensidad de la repentina muerte de mi madre tenía su lado negativo. Por ejemplo, en períodos difíciles de mi vida fuera o dentro de la consulta, era habitual que él dijera, con aire sagaz, que ya había navegado por esas aguas turbulentas. Por supuesto que lo había hecho y era su absoluta certeza de haber trazado ese territorio lo que me

reaseguraba totalmente. Reflexionando al respecto, sin embargo, hubiera sido mejor que el Dr. O al menos se hubiera dado cuenta de lo difícil que me resultaba tolerar el miedo y la duda, en vez de simplemente decirme que no me preocupara porque él sabía lo que estaba haciendo.

No obstante, tal vez el placer de ser capaz de darme lo que yo ansiaba, de encarnar la omnisciencia, resultaba demasiado atractivo. En este sentido, se parecía a sus pares: ¿qué analista, formado como el Dr. O en la década de los '60, no creía ya *conocer* el mapa del psicoanálisis? Independientemente de si era clásico o postclásico como el Dr. O, con anterioridad al mágico giro cultural llamado los Sesenta, el Doctor Sabía, el paciente no, y la mayoría de los proveedores y consumidores aceptaban y valoraban esta jerarquía. Después de todo, fue recién en los '90 que los analistas comenzaron a cuestionarse qué era lo que el analista sabía realmente (Mitchell, 1997; Chodorow, 1996).

Demás está decir que el contexto para mi tratamiento con el Dr. O era una jerarquía sesgada por el sexo. No sólo como doctor sino como hombre mayor (heterosexual), el Dr. O ocupaba una posición económica y social de prestigio. No sólo como paciente sino como mujer joven (heterosexual), yo estaba impresionada. Él hablaba en forma condescendiente, de un modo que alguna vez fue considerado paternal pero que ahora, a la luz del feminismo, puede ser nombrado como lo que es: patriarcal. Y yo, una chica admirativa, resplandeciendo bajo la luz erotizada del fulgor de un hombre mayor, me lo tragué todo, manteniendo mi activismo feminista fuera de la consulta, protegiéndolo de su eventual desprecio, y guardando para mí la gloria y tranquilización de su certeza.

Los pecados de comisión y omisión del Dr. O se debían en parte, entonces, a su época y al estado en que se encontraba el psicoanálisis cuando yo comencé mi tratamiento. Sin embargo, a la historia y jerarquía de género, debemos agregar el carácter, y aquí encontramos una profunda y perjudicial contradicción. El Dr. O era un hombre excesivamente desenvuelto y engreído que crecía exageradamente frente a la incertidumbre. Fiel a su filosofía psicoanalítica, se centraba en mi temor a no saber recalcando que si yo tan sólo lograba aceptar la inevitabilidad del no saber, estaría significativamente menos angustiada. No hubiera sido una mala idea... de no haber estado él tan seguro de ella. Sin duda mi creencia actual sobre los límites del conocimiento tiene algo que ver con su influencia: cuando comencé el análisis, creía que la antropología debía aspirar a ser una ciencia que generara verdad, pero para cuando terminé, estaba en plena proto-postmodernidad. Aún así, es irónico que, dada la

evidente inteligencia del Dr. O, así como su inclinación a autodevelarse, nunca se haya fijado en la mordaz contradicción existente entre lo que él decía sobre la incertidumbre y la certeza con la que actuaba, entre sus palabras y su conducta.

En este caso, y en general, el Dr. O parecía satisfecho e incluso determinado a *hacer*, a actuar. A veces su acción era concreta y gestual—el abrazo concedido—pero otras veces era simbólico y lingüístico (Harris, 2005). De hecho, tal vez su erección, si es que fue una acción, no fue sólo producida por la testosterona. Quizás ella (y el flujo hormonal) fue causada por el uso de su lengua, primero como órgano del habla y luego de Eros y de poder. Recordemos cómo su acto de habla transformó el abrazo en erección: él redefinió los términos de mi abrazo catalogando su beso como el “verdadero” y así, a través de su autoridad erotizada, invalidó el que yo le había dado y dignificó el que él exigía. Al transformar mi búsqueda activa de refugio en sumisión pasiva a su palabra, el Dr. O encontró la manera de volver a “hacer”, de retomar su poder (patriarcal). ¿Estaría intranquilo con mi interés por esa sexualidad impersonal, amoral sobre la que se habla tan apasionadamente en los *Tres Ensayos*? ¿Se sentiría amenazado y excitado por la anticipación de mi incursión adúltera en un entorno sexual explosivo y desenfadado, lejos de su consulta? Lo que haya sido, recurrió a lo que él debe haber considerado una operación de seguridad—lo que también constituía una movida de poder para preservar la masculinidad patriarcal (Corbett, 1993) cuyas bases estaban siendo sacudidas por un terremoto feminista (Frosh, 1983; Goldner, 2003).

Pienso que el Dr. O se debe haber visto a sí mismo como un Papá-Mamá cálido y generoso: su labia y su expresividad contribuían en gran medida a compensar la frialdad depresiva de mi madre. Podría describir este aspecto crucial de mi tratamiento con él como una “cura en la transferencia/contratransferencia maternal”. Sin embargo, a mi modo de ver, el analista no es otro padre; su trabajo puede ser el de aliviar, pero no sólo a través de sus acciones. Los analistas también deben pensar sobre la cura con sus pacientes, de modo de ayudarles a darse cuenta de sus propias necesidades. Esto no es exactamente un asunto de interpretar o no interpretar la transferencia positiva, sino que de reflexionar sobre la reparación y descubrir lo nuevo en lo antiguo o, incluso, lo nuevo en lo nuevo (Boston Change Process Study Group⁵, 2008). Al ayudar a representar la propia experiencia, el analista brinda los medios para reivindicar y

⁵ “BCPSG”: Grupo de estudio sobre el proceso de cambio, creado en Boston (Massachusetts, EE.UU.) en 1995 y formado por un pequeño grupo de analistas, investigadores del desarrollo y teóricos analíticos, entre ellos, Louis Sander y Daniel Stern. (*N. de la T.*)

reconstruir la propia vida.

Sea que haya actuado sexualmente o para consolarme, el Dr. O solía hacer las cosas sin pensarlas. Creo que la mayoría de las veces actuaba precipitadamente. La dieta emocional elevada en calorías que él me daba era fundamental para mi desnutrición psíquica y yo me la devoraba. Pero carecía de un nutriente esencial: la autorreflexión compartida. Los clínicos están familiarizados con esa pertinaz resistencia a analizar la transferencia “inobjetable” (Stein, 1981): las cosas están sucediendo a ritmo acelerado, el paciente parece estar mejorando o teniendo *insights* o progresando de una u otra manera, el analista está orgulloso. Es más difícil seguir el (supuesto) consejo de Sullivan—“Dios, ¡cuídame de una terapia que vaya bien [. . .]!” (Levenson, 1982, p. 5)—que saborear la sensación, “Si no está roto, no lo arregles.”

*Sotto voce*⁶

El psicoanálisis se mueve entre las energías silenciosas con las que las personas habitualmente se tropiezan entre sí (Coles, 1998). Pone las proyecciones y contraproyecciones en acción, las transforma en herramientas, las sistematiza y las explicita. Considerando esta complejidad, Levenson (1983, p. 72) plantea que el analista y el paciente siempre hacen aquello de lo que están hablando: “cada intercambio verbal [. . .] cada interpretación, consiste en un pedazo de conducta con el paciente, seguido por un comentario sobre esa conducta. El comentario, el contenido de la interpretación es [. . .] el metamensaje.” La teoría clínica, entonces, lleva al clínico a decodificar en palabras su recursividad—la transferencia y la contratransferencia—con el paciente, patrón que se establece primero informalmente al interior del hogar y que luego se repite en el léxico diferente de la consulta.

La recursión plantea, curiosamente, que el silencio, o al menos lo no dicho, es inevitable e incluso fundamental para la cura de la palabra (Stern, 1997). Por un lado, lo importante de la asociación libre (si es que existe un fenómeno de esa naturaleza) ocurre cuando ésta se interrumpe—cuando el silencio quiebra el flujo verbal, indicando la aparición de lo reprimido o disociado. Por otro lado, a veces hacemos lo que decimos antes de poder decir lo que hacemos, porque, en algunos casos, no podemos saber lo

⁶ Indicación italiana utilizada originalmente en el canto, para señalar la ejecución a baja voz. (*N. de la T.*)

que tenemos que decir hasta que lo materializamos mediante la escenificación. Así, de acuerdo a la actual teoría de la escenificación (véase la revisión que hace Leary, 1994), nuestro material no procesado cobra vida delante de nosotros en forma concreta. En las manos del analista y del analizando, la escenificación se vuelve materia prima para la conversación y, a partir de ahí, se va generando la cualidad liberadora del análisis. Aún así, hay veces en que el silencio no es más que el espacio privado del clínico o del paciente y, como tal, habría que dejarlo tranquilo (Winnicott, 1971; Khan, 1974).

Sin embargo, los silencios entre el Dr. O y yo constituían una gran recursión. En otras palabras, el silencio que refleja angustia (por ejemplo, el no hablar acerca de una escenificación) puede, en sí mismo, ser una escenificación. Cuando llegué donde él, yo no hablaba mucho, lo que probablemente resulta una sorpresa para quienes me conocen actualmente. Como aprendí en mi segundo análisis, el hábito de la falta de palabras no era exactamente innato. O mi tendencia al silencio la convertí en una estrategia de supervivencia. Hace muchos años, mis amigos sentían que mi silencio era retentivo, incluso hostil. Quizás el sonido de la inhibición invierte el ataque inconsciente, pero lo que yo sentía principalmente era miedo a sonar poco inteligente. La vergüenza era mi compañera fiel. Ahora, mirando hacia atrás, veo que el haberme callado—disociando lo que veía, sentía y sabía—me ayudó a manejar mi vida interna. Hice un enorme esfuerzo por manejar las emociones, pasiones y pensamientos que resultaban demasiado perturbadores dentro de mi familia y de mi mundo.

Las reglas familiares autorizaban el volumen de voz sólo en mi padre y mi hermano. Mi madre andaba de puntillas, susurrando las palabras “Sotto voce”, y yo era lo que llamaban “callada,” lo que intuía no era algo bueno, aún cuando mi madre, apoyándose en el italiano (que nadie hablaba, pero que quizás le parecía refinado, no como sus padres y marido), nos instara a todos a hacerlo. Los fracasos provocados por ser callada (equivalente a ser buena) intensificaron mi sensación de tener un defecto fundamental. Mi modo silencioso desconcertaba a mis padres. Y eso lo sabía con la misma disociación con la que sabía que sólo lo aceptaban dada la existencia de otros problemas peores al interior de la familia—el frágil narcisismo de mi padre, la depresión de mi madre y la conducta cuasi-delincuencial de mi hermano. De cualquier modo, la trabajadora social a la que mi madre nos llevó para terapia familiar dijo, “Ella está bien, déjenla tranquila.” Mi hermano era el paciente índice, pero la negativa temerosa y egoísta (si es que normal para su género) de mi padre a asistir a las sesiones, arruinó la valiente intervención de mi madre.

En el vacío que arrullaba mi mente activa y que también debía calmar a mi tormentosa familia, yo estaba sola (como, ahora pienso, también lo estaba con el Dr. O, aunque ninguno de los dos se percatara de ello). Desafortunadamente, bajo la regla indirecta del *sotto voce*, cualquier expresión de aflicción hubiera aparecido (y a veces efectivamente lo hizo) simplemente estrepitosa. Mi propia expresividad, a su vez, reduciría aún más tanto el autoestima de mi madre como la mía; mi fracaso en validarla acrecentaba mi vergüenza. Sólo mi padre tenía el privilegio de expresarse sin palabras ni vergüenza—el golpe aquí, la sacudida allá, la salida violenta de casa hasta la noche.

Su brutalidad, cubierta por el silencio, sólo se reveló cuando, ante el presentimiento de mi segundo analista, comencé a interrogar a mis otros parientes (mi padre murió nueve años después que mi madre) sobre la existencia de violencia al interior de mi familia. Un primo 20 años mayor me contó que, cuando yo tenía 18 meses, escuchó por casualidad a su madre hablando con la mía, quién se preguntaba si mi padre estaría siendo “demasiado duro” conmigo. ¿“Duro”, pregunté, significaba que me golpeaba o que me sacudía? “Ah, golpes no, creo, sólo sacudidas,” respondió él.

Tres puntos a considerar: mi padre me estaba sacudiendo; mi madre puede o no haberlo estado deteniendo; pero ella no estaba segura de que hubiera un problema. Por supuesto, el informe de un tercero sobre un evento que ocurrió hace más de medio siglo requiere ser considerado con cierto escepticismo. Sin embargo, que mi padre también trataba brutalmente a mi hermano (quien da fe de ello) demuestra que efectivamente podía ser violento, y eso es algo que yo debo haber presenciado. Seguramente tanto la cultura como el carácter entraron en juego aquí. En las familias de origen de mis padres, ambas inmigrantes, las golpizas y el maltrato verbal eran pan de cada día; un legado de culturas donde el castigo corporal era la norma y en que la inmigración trajo consigo penuria económica junto con seguridad política y cultural. Que mi padre parecía no dudar acerca del maltrato físico y que mi madre parecía cuestionarlo pero aún así lo toleraba, es una diferencia que también puede haber tenido que ver con cuestiones de género y no sólo de carácter. Ciertamente el resentimiento fabril que había dentro del hombre de negocios que era mi padre, tenía algo que ver con su engreimiento, rebeldía y tendencia a la bravuconería.

Como paciente callada debo haberle provocado sentimientos encontrados al Dr. O. Nunca tomó mi silencio producto de la paralización como tal—y haberlo hecho en los momentos en que mi mutismo estaba cargado de vergüenza hubiera sido una gran falta de tacto—pero por sus continuos esfuerzos por esquivar mi silencio, podía darme cuenta

de cuán difícil le debe haber parecido. Con una torpe persistencia, el Dr. O solía preguntar, “¿En qué estás pensando?” Tal vez me producía satisfacción hacerlo trabajar duro, pero en general lo que yo sentía era más bien impotencia. Puede que todos esos años de análisis con él hayan sembrado el terreno para que mi segundo analista lograra ayudarme a ponerle palabras a mi silencio. O puede que mi segundo analista haya abordado directamente aquello que mantenía mi persistente mutismo, la vergüenza impotente que llevaba como una *burka* y que el Dr. O nunca mencionó o no, al menos, hasta que ya era demasiado tarde.

Deleite Preedípico, Vergüenza Edípica

Escribiendo este artículo, he podido irme dando cuenta gradualmente de más cosas. Ahora veo que al mismo tiempo que se producía una reparación de la falla preedípica materna, ocurría una repetición edípica (mayoritariamente) paterna que no fue interpretada. Mientras una permitió el éxito del tratamiento, la otra marcó su fracaso. Si bien actualmente hay cierto consenso respecto de que lo edípico y preedípico aparecen mezclados, separarlos me ayuda a pensar. Por ejemplo, me permite poner en el contexto apropiado la respuesta descalificadora que me dio el Dr. O ante mi admiración por un profesor que había investigado el uso ritual de alucinógenos entre los Jíbaros de la Amazonía Brasileña. “Ah, sí, él es un académico, *tendría* que usar esas drogas.” Ahora puedo ver con claridad que mi perplejidad al escuchar sus castradoras palabras emergió como una defensa para no dismantelar a la madre-salvadora, de manera de no revelar al padre-destructor.

Pese a que mi silencio pudo haberle dificultado el trabajo al Dr. O, el campo que le abrió para su auto-expansión debe haber sido un deleite. O eso creo. Ahora puedo decir con seguridad que él era un hombre egocéntrico y arrogante. Desde la posición aventajada que me otorga el cambio en el análisis y en mí misma, puedo confesar la atracción que me producía esta desagradable característica, a mí, una persona cuyo self creía no poder gustar a nadie, menos a mí misma. Cuando el Dr. O hablaba, parecía disfrutar escuchándose, explayándose en sus palabras e ideas. Mirando para atrás, me veo disfrutando su (despliegue machista de) disfrute. Me veo observando en estado de admiración y asombro a alguien aparentemente tan libre y feliz en su expresividad. Me veo ansiando sentir ese deleite y orgullo. Ahora que me dedico a la clínica, cuando me doy cuenta que este placer comienza a “levar” (Smith, 2000), trato de tomar esta

autoindulgencia (jerárquica) como una advertencia: ¿por qué se está llenando la consulta con mi voz en lugar de la de mi paciente? Pero como paciente necesitada, me resultaba inspirador imaginarme a mí misma como una oradora libre que gustaba de sí misma al hablar.

Si bien mi arrobamiento silencioso tenía relación con una jerarquía de género heterosexual, también pudo haber formado parte de una transferencia preedípica (materna y/o paterna) no interpretada. Me llenaba de felicidad que él hablara, que me hablara a mí, que hablara conmigo y frente a mí. Siempre me sentía a gusto con personas que hablaban fluidamente porque así no tenía que hablar yo ni me sentía sola. Pero con el Dr. O esta seguridad tomaba características extáticas. Cuando él reflexionaba sobre ciertas ideas filosóficas, parecía tomarme como su confidente. No recuerdo mucho lo que me decía, pero sí mi dicha (no verbalizada ni analizada). Su insinuación halagüeña acerca de nuestra base intelectual común reanudaba una trayectoria que había perdido al morir mi madre (y que nunca tuve con mi padre). Él me ofrecía una vida mental que mi madre había anhelado y que, al juzgar por nuestras memorables visitas a museos, quería compartir conmigo. A partir de mi propia experiencia con pacientes que se encantan conmigo, infiero que mi atención embelesada lo estimulaba y que el placer que yo le provocaba probablemente era alimentado por mi intensidad.

Quizás todos los pacientes le brindaban este placer. Pero yo me sentía especial, como un tesoro comprado con silenciosa vergüenza. Fascinada, aunque también algo repugnada, me tragué sus insinuaciones del tipo “permanece-a-mi-lado-chica.” Cuando ocasionalmente empleaba ese cliché condescendiente, puede haber estado bromeando, pero la ironía no es el mejor lenguaje para usar con una niña de 5 años excitada por un adulto idealizado. Demás está decir que nuestro hábito de enganchar sin darnos cuenta del carácter de nuestra interacción, alimentó mi disociación sobre cómo su paternalismo me atraía y perturbaba al mismo tiempo. Por ejemplo, aproximadamente al año de comenzar mi formación analítica, me dijo en ese tono de macho rudo que le gustaba usar, “¿Teoría? Eso es para los genios. Tú y yo somos mecánicos, nos ceñimos a la técnica.” No se sorprenderán de escuchar que me quedé sin habla frente a su error en reconocer mis intereses, así como por la escisión que efectuaba entre teoría y trabajo clínico. ¿Podría ser que no hubiera notado mi pasión por la teoría, manifestada en mi doctorado en antropología? Quizás yo no había sido directa, quizás la teórica que había en mí no se mostraba muy bien, pero con toda probabilidad, las teorías sobre evolución

cultural a él no le interesaban. Tampoco es un secreto que, incluso después de 8 ó 12 años de tratamiento, los pacientes aún nos pueden sorprender con aspectos e intereses insospechados.

Esto se podría considerar como una contratransferencia preedípica paterna estropeada (Benjamin, 1988), pero pienso que estábamos en un enredo edípico también (Cooper 2003). El desconocimiento del Dr. O sobre un aspecto central de mi inteligencia me hizo perder la esperanza de lograr el encuentro intelectual que no había tenido con mi padre, y la jerarquización que él creó entre la teoría y la práctica clínica del psicoanálisis—su escisión—me dejó atada de manos. Arrastrada hacia el “nosotros” que creó entre él y yo, y lejos del “ellos” que decidió que no éramos, no encontré ningún lugar en el que pudiera no sentir vergüenza. Haber aceptado su determinación de “nuestro” interés por la técnica habría significado obtener reciprocidad con él pero desconociendo lo que yo valoraba en mí misma (la parte teórica), lo que hubiera constituido una pérdida similar a la de la vergüenza por deficiencia (Stein, 1997). Pero haber reafirmado el lado teórico en ese preciso momento hubiera significado autoproclamarme un genio, arriesgando experimentar la vergüenza por exceso (Stein, 1997) y perderlo. Emocionada de estar entre los honestos electos, aunque también humillada y avergonzada de integrar a los obreros (mi movilidad social no era irrelevante en este tratamiento), elegí no interrumpir su esnobismo invertido ni dañar su orgullo: rehusé observar lo que sin saber ya había percibido—cómo su narcisismo escondía su inseguridad intelectual.

El Dr. O no mostró interés alguno en analizar la transferencia/contratransferencia edípica, sólo la escenificó. Hacia el final de mi tratamiento, yo comencé a reclamar: “Pero nunca hemos hablado realmente de mi padre.” No hubo respuesta. Soñé con un hombre en malla de baño, pequeña y ajustada. Pensé que esta referencia a unos genitales masculinos escasamente cubiertos nos llevaría con seguridad a hablar de mi padre, de mi sexualidad y, ahora pienso, de la escenificación borrada y, para qué decir, de todo el despliegue narcisístico del Dr. O. Pero nada. Y ya no supe qué más hacer para avanzar en este tema. Todo lo que recuerdo es una predicción más bien disparatada que él hizo en un momento posterior, como respondiendo finalmente: “Algún día soñarás con un hombre deseable, quizás en una conferencia, y él será tu deseo.”

II. El Deseo y el Tabú del Incesto

Independientemente de cuánto me pudo haber ayudado a recuperar mi confianza, a (re)iniciar mi fuego interior, el Dr. O solía pararse delante y tapar su luz. Quizás reforzado por la dialéctica patriarcal, rara vez me dejó sola-mientras-me-sostenía para descubrir las vicisitudes de mi deseo. En lugar de eso, y de un modo excitante para ambos, se introdujo en mi falta (Lacan, 1966; Bernstein, 2006). Fusionando mi deseo con el suyo, generó un patrón de sostén—un incesto psicológico—en el cual nos mantuvimos, en un tipo de animación suspendida, por demasiado tiempo. Es fútil, aunque irresistible, desear que hubiera hecho las cosas de otro modo. Aún así, la añoranza por lo que podría haber sido puede inspirar una búsqueda por lo que podría ser. A continuación, voy a evaluar el fracaso edípico del Dr. O. Aunque él y yo no lo hablamos (no pudimos) entonces, ahora puedo hurgar en una atmósfera llena de anhelo, frustración y vergüenza, utilizando algunas nuevas ideas sobre el deseo, el Edipo y el incesto.

La Pantomima del Deseo

Desear tiene que ver con anhelar lo que no se tiene. El deseo puede ser dulce, doloroso o terrible, pero sin él, se está como sin apetito. Y su conservación se consigue, al menos parcialmente, con la prohibición del incesto. El deseo implica diversas paradojas y me parece útil exponerlas aquí por el modo tan extraño y silencioso como se manifestaron en mi tratamiento con el Dr. O. La principal de ellas es la ubicación ambigua que ocupa el deseo entre y dentro de quienes lo sienten. Claude Lévi-Strauss (1949, p. 12) muestra la ironía, creando el siguiente aforismo: el deseo es el “único instinto que requiere de la estimulación de otra persona.” La versión relacional podría ser que el deseo emerge dentro de una relación pero que, al pertenecerle únicamente al niño, sólo sobrevive si es levemente sostenido, o incluso benignamente descuidado, por el(la/los) cuidador(a/es) autorizado(s).⁷

⁷ Como Freud (1913) planteó, es fundamental ubicar el tabú del incesto en la cultura. Fuera del psicoanálisis, se ha teorizado profusamente sobre la prohibición del incesto. La biología evolutiva lo considera un mecanismo adaptativo porque la endogamia suele poner en peligro la supervivencia de las especies. Con el matrimonio y la consanguinidad de subtexto, la antropología argumenta que el tabú, al sancionar ciertas relaciones sexuales y procreativas, fuerza a las familias a casarse entre ellas, entretejiendo así, desde el punto de vista de Lévi-Strauss's (1949), los lazos de la sociedad misma o,

Eludiendo el binomio entre la psicología uni y bipersonal, el deseo plantea un debate delicado y difícil en el que, como dice Levenson (1994), se debe entrar con cautela. En términos unipersonales, el deseo parece surgir totalmente desarrollado dentro de un proceso intrapsíquico, casi como una característica de la especie. En la visión de base lingüística de Lacan, éste emergería como consecuencia de la falla en el lenguaje, del espacio entre lo Imaginario y lo Simbólico. Desde una perspectiva bipersonal, sin embargo, el deseo resulta ser extrañamente intersubjetivo. Lacan (1966), por su parte, teniendo en mente la concepción de Lévi-Strauss sobre la dualidad del deseo, sitúa su origen en una relación que no es del todo una relación; plantea que surgiría en la intimidad preedípica (materna), anhelando ser el objeto de deseo del Otro (madre), pero el nexo, no obstante, estaría situado en el Imaginario presimbólico. Levenson (1994) incluye ambas miradas al insistir en que el “deseo requiere de otra persona” (692) y, al mismo tiempo, recalcar la “peculiar paradoja implicada en el deseo de encontrar la completud de uno, con un Otro” (693).

A medio camino entre una cosa y otra, el deseo tiende hacia lo críptico, característica de la que se han ocupado diversas tradiciones psicoanalíticas (con las cuales me habría gustado que el Dr. O hubiera estado más familiarizado). Winnicott (1971) y Khan (1974) lo ubican en un sí mismo privado al que, para bien y para mal, nadie puede acceder. Laplanche (1976), por su parte, lo considera un enigma. Iluminado desde el inconsciente maternal (o, como diríamos actualmente, *parental*)—siempre sexual— (Kristeva, 1983), el deseo se registra en la realidad psíquica del niño como un “mensaje enigmático” que, en su mutismo (Stein, 1998), elude la claridad que la cura del habla promete.

La falta de palabras del deseo nos suele reducir a seres torpes e idiotas. Sin embargo (o por lo mismo), los analistas necesitan crear un modo de, por lo menos, poder hablar de esta “entidad interna pero ajena” (Laplanche, 1976), sea que se manifieste de manera explícitamente sexual o no. Que el deseo es significativo y se experimenta de manera recíproca, es un hecho (Fairbairn, 1954; Mitchell, 2000; Davies, 1994). Que el discurso compartido—la comprensión intersubjetiva—pueda descifrar su significado, sin embargo, es menos claro. Lo que los analistas pueden hacer, que tal vez los padres no, que ciertamente el Dr. O no hizo, y que los pacientes al igual que los niños necesitan escuchar, es el reconocimiento y articulación de esta indescriptibilidad.

desde otros ángulos, al menos zurciéndolos. De este modo, la transmisión y/o mantención de la prohibición del incesto se vuelve una función social que bien podría apodarse el “tercero sexual.”

Si bien el *lapsus linguae* del Dr. O me fue mostrado pero no explicitado verbalmente, yo hice lo mismo con él, o incluso más (esta historia no está exenta de mi propia agresión). Algunos años después realicé una pantomima. El moderno diván danés del Dr. O tenía una extraña ubicación: los pies colindaban con el muro y la cabecera daba hacia la habitación. Su silla, a cuatro o cinco pies de distancia, se encontraba a 45 grados de la cabeza del sofá, permitiéndole una vista completa del paciente. Cuando me tendía o levantaba, quedaba frente a él. Pero un día, al finalizar la sesión, cambié mi acción: en lugar de darle la cara al ponerme de pie, impulsivamente lancé mis piernas hacia el lado más distante del diván. Sintiendo una oscura frustración desprovista de todo pensamiento, sabía que estaba protestando, pero no tenía idea de qué. Tampoco recuerdo haber hablado en absoluto sobre este gesto (lo que no quiere decir que no lo hayamos hecho).

La cara de sorpresa con la que se despidió no fue nada en comparación con lo que ocurrió otra vez, en que, habiéndome puesto de pie en el lugar de siempre, comencé a levantar el diván a lo largo para voltearlo. A medida que lo hacía, eché un vistazo hacia atrás y vi sus cejas prácticamente girarse por completo. Pero sólo dijo, “Ten cuidado con tu cartera, se va a caer.” Luego de dejar mi bolso en el suelo, di vuelta el diván. Estoy bastante segura, eso sí, que, antes de irme, lo puse de regreso en su sitio y reubiqué el cojín que había caído al piso.

En ese tiempo, el Dr. O no podría haber leído aún el relato de Little (1990) sobre la vez que ella rompió el florero de Winnicott. Aún así, permitámonos felicitarlo por haber sobrevivido a esta disrupción en su oficina, y por haber contenido su rabia ante mi intento de parricidio (Loewald, 1979). Compadezcámonos también de él. Frente a la actuación de un paciente, ¿quién sabe en seguida cómo reaccionar? Lacan (1973) insiste en que, por definición, lo Real nos deja mudos a la mayoría la mayor parte del tiempo. Sólo después del hecho, después de la reflexión—por lo general con alguien más—podemos comenzar a nombrar, con mayor o menor éxito, aquello que no acepta ser simbolizado. Yo misma, no habiendo tenido la oportunidad de discutir este episodio con mi analista, voy a analizarlo con Uds., con la comunidad que elegí por sobre el Dr. O.

Mirando hacia atrás, quiero, primero, interpretar mi modesta pataleta de manera literal: ¿Qué quería yo poner boca abajo, a mitad de mi tratamiento, volteando el diván? ¿Algo de la consulta? ¿Su consulta? ¿El psicoanálisis? ¿El diván mismo? ¿Había un antiguo orden que yo intentaba derrocar en esos días en que la revolución cultural y la protesta política estaban en el aire o en la memoria reciente? Quizás al transformar el medio en

mi mensaje, estaba señalando (un gesto en sí mismo) que él estaba haciendo algo también. Tal vez yo esperaba que mi mímica hiciera que el silencio hablara. Resulta difícil no inferir que mi blanco era efectivamente su mutismo.

Pero al escribir, también me interesa la especificidad del síntoma. Si el incesto estaba en el aire, el Edipo tampoco estaba muy lejos. Vale la pena hacer notar que no saqué de la pared el boceto de la mujer tendida desnuda que colgaba sobre los pies del diván. Semi-consciente de las inquietantes fantasías y deseos que me provocaba observarla tres veces por semana, podría haber querido por lo menos protestar sobre cómo esta decoración sexualizaba la habitación o, más bien, sobre como el Dr. O había erotizado su consulta con ella. Pero escribí un poema en vez y nunca se lo conté. ¿Temía que, en represalia, invalidara mi queja considerándola una proyección de mi propio deseo? ¿O habiendo escrito el verso sólo 14 meses después del lapsus del Dr. O, prefería dejar las cosas tranquilas?

Supongo que en esto había una iatrogénica compulsión a la repetición. ¿O habría que llamarla colusión? ¿Escenificación? Aún cuando quería cortar con la situación, quizás también quería mantenerla. Sin duda, yo deseaba que el Dr. O me quisiera mirar todo el día a mí también. Pero, ahora pienso, me hubiera sentido muy tonta de haberle gritado: “¡Tú piensas que ella es más linda que yo y odio eso y te odio a ti por hacerme sentir celosa y fea, colgando ese dibujo donde sé que tú también lo miras fijamente!” ¿Celosa de una imagen? ¿Cuán inmaduro puede ser eso? Necesitaba ayuda con este triángulo pero no recibí ninguna.

Este silencio—mío, del Dr. O, nuestro—sobre lo que este cuadro significaba para mí, implicaba una repetición edípica no analizada. Impedía la reflexión por el hecho que, para mí, la crudeza sexual, la falta de respeto y el amor venían todos en el mismo paquete paterno. Yo me sentía fascinada y horrorizada a la vez frente a la lascivia sádica de mi padre. Por ejemplo, su broma en una cena familiar para el Día de Acción de Gracias—“¿Vamos a comer pechuga rebanada de Marilyn Monroe?”—pudo ser registrada y analizada sólo en mi segundo análisis. ¿Quién sabe con qué fantasías de escena primaria nos habríamos encontrado de haber examinado mi respuesta a su estética? En lugar de eso, sólo me sentía descompuesta, sintiendo pero no pudiendo verbalizar el deseo abnegado de rebanarme para ganar al patriarca.

Al transformar la angustia y la vergüenza en pensamiento, ahora recuerdo haber notado que al igual que yo, la modelo del cuadro estaba recostada. En ese momento, no pude hacer la conexión. A diferencia mía, por ejemplo, ella estaba desnuda físicamente pero

constituía un enigma psíquico. Yo, en cambio, intentaba desnudarme frente al doctor con la esperanza de que aliviara mi tormento. A partir de mi segunda sesión creí que si le contaba toda la verdad, especialmente lo más vergonzoso, me mejoraría. Y quizás, puedo haber llegado gradualmente a esperar que me quisiera más que a ella.

Pero lo que hice cuando me puse de pie, fue dar vuelta el diván en vez. No creo haber pretendido mostrar que no me gustaba el diván o su extraña posición. Quizás estaba desafiando su indicación del inicio del tratamiento: “Puedes hacer lo que quieras excepto escupir en el piso o romper el lugar.” Excepto que, como les dije, ordené todo después de mi arrebató. Quizás en ese momento le estaba parando el dedo a toda la situación. Consideren esto: incluso si el espectador veía a la modelo como desde los pies del diván del artista y a mí desde el lado del diván del Dr. O, el Dr. O, desde su posición más privilegiada, podía vernos a las dos simultáneamente, desnudas de diferente manera, recostadas de espaldas, objeto ambas de su mirada. Cómodo en su silla reclinable, no escondido detrás de la neutralidad analítica sino más bien investido en su poder de develar o no lo que se le antojaba de sí mismo aun cuando yo estaba obedeciendo su regla de revelarlo todo (Foucault, 1976), él podía no sólo contemplar la pulcritud de ella sino también mi joven self encarnado, que ahora entiendo era mucho más atractivo de lo que yo pensaba (o de lo que yo hubiera podido manejar). (Aunque me resulta tentador hacerlo, me voy a contener de especular sobre las fantasías que puede haber tenido el Dr. O en torno a dos mujeres recostadas desnudas en su campo visual.)

En pocas palabras, la distribución de la habitación lo transformaba a él en el sujeto y al analizando—en este caso, a mí—en su objeto. Que él parecía a cargo de su deseo se volvía más excitante por su posición. La ventaja jerárquica que el Dr. O tenía sobre mí (y sobre la imagen) era agradable, estimulante y profundamente perturbadora. Creo que alguna vez manifestó su gusto por mis piernas en medias; puede haber sido cuando comencé a considerar el diván, a los seis meses de tratamiento. A él le gustaba que sus pacientes (mujeres) se tendieran, decía, porque “Puedo mirar sus piernas.” Ahora me doy cuenta de lo encantada y al mismo tiempo consternada que me sentí de que reconociera con tal desfachatez su explotación del diván, para qué decir de las pacientes, para su propio placer. Yo también me sentía celosa de estas otras mujeres y perturbada de que las nombrara. Decodificado a posteriori, su comentario introdujo inconscientemente y sin analizarlo, la dinámica edípica que ya estaba en juego. Pero en ese momento, con mi mente captando nada, sólo sentí con vergüenza la sospecha de

que, como dice el cliché, se lo decía a todas, lo que resultaba bastante posible dado que él estaba en realidad hablando acerca de nadie más que de sí mismo.

Efectivamente, tengo el presentimiento de que era central para su autoimagen el ser un hombre que no escondía su disfrute con las mujeres, creyendo además que a ellas les gustaba que él las deseara. También puedo imaginar que, trabajando de modo emocionalmente correctivo, debe haber pensado que sus cumplidos curarían mi narcisismo sexual fracturado y atemorizado: quizás, al menos momentáneamente, creyendo en la omnisciencia con la que yo lo doté, pudo haber pensado que yo podría tomar su valoración (hetero)sexual de mí como la verdad acerca de mí misma. Sin embargo, incluso dentro de tan triste y dañino delirio, si me hubiera preguntado cómo yo me sentía acerca de su admiración, podría al menos haberme ayudado para mi propio lenguaje, deseo y mente. Si se me hubiera otorgado un momento para nombrar mi placer culpable de ser sólo (¡sólo!) el objeto de su deseo, podría haber sido también capaz de afirmar el deseo más tácito de sentarme, no en su falda (deseo que alguna vez me atribuyó en un exabrupto y en un pésimo momento), sino en su silla, para tener una vista no tanto del paciente sino de mí misma.

El Dr. O debería haber mantenido el ruido de su deseo para sí mismo. No lo culpo por haberlo tenido, sino por no haberle hecho espacio al mío. El sexo puede abarcar tanto la interconexión como el enigma, pero el hecho de seguir siendo un sitio de egoísmo (véase Stein, 2005) lo vuelve peligroso—aunque por lo mismo excitante también. Es bueno recordar la apreciación original de Freud (1908) sobre la amoralidad del deseo. Esta falta de consideración puede manifestarse en la mente y también en las acciones, en el incesto del corazón y también del cuerpo. Efectivamente, tal vez para el Dr. O y sus colegas afines, ser el objeto del amor/deseo (no registrado) no correspondido de sus pacientes puede ser tan gratificante como el acto sexual mismo.

Intersubjetivando el Edipo

Quizás la civilización comienza cuando los padres (no los hermanos, Freud [1913]) repudian su deseo incestuoso. Tradicionalmente, el tabú del incesto se ha leído a través del drama de Edipo, protagonizado por un único sujeto de deseo, un niño que debe manejar sin ayuda sus sentimientos de amor y odio triangulado (Freud, 1913, 1924). Ciertamente el padre tiene un papel secundario, puesto que rompe la fusión (incestuosa) de la madre con el hijo para redirigir el deseo de este último desde su madre (y padre)

hacia una pareja futura.⁸ Pero fuera de esto, en la visión clásica los objetos parentales carecen de subjetividad. La revisión postclásica, por el contrario, enriquece la trama edípica, reconociendo que en la medida que la obra es sólo interna, relata sólo parte de la historia. Fairbairn (1954), y en menor grado Kohut (1977), dan cuenta de la díada: el niño no está en escena solo. En frente y al centro están los padres como sujetos, cuyo placer, inherente a la relación objetal, influye si es que no genera el del niño.

Sin embargo, al eliminar la sexualidad de la ecuación, esta revolución silenciosa se hipercorrigió, problema que fue remediado por las revisiones relacionales posteriores, especialmente por Davies (1994, 1998, 2003) y Cooper (2003). Estas nuevas narrativas no sólo resexualizan al niño edípico sino que reconocen que el deseo sexual parental circula totalmente dentro del campo familiar. El modelo clásico plantea que el padre edípico tiene como objetivo preservar sus derechos conyugales (lo que aparece, a su vez, como una movida de poder). Pero, según esta construcción, el padre no renuncia a su deseo por su hijo como el niño sí lo hace por sus padres. Los modelos post-clásicos, por el contrario, reescriben la historia edípica considerando el deseo y la renuncia a él como fenómenos intersubjetivos. Juntos, el niño y el adulto edípico abjuran de su deseo sexual mutuo, siendo el segundo quien facilita la renuncia del primero.

Por lo tanto, los padres y su deseo sexual—cuya historia psicoanalítica subexplorada e incluso posiblemente enterrada (Balmory, 1979; Krüll, 1979; Masson, 1984) contiene más de un misterio—tienen una participación igualmente importante en las narrativas edípicas emergentes. Teniendo un poco del trabajo arqueológico en orden, me pregunto si podríamos aclarar esto, en parte, separando heurísticamente el Edipo del tabú del

⁸ Me incomoda la inferencia clásica de que las madres o mujeres no pueden autorregularse. La noción del padre como principal guardián de la moral resulta inquietante. A pesar de que entiendo que Freud y Lacan intentan describir y dar cuenta del proceso intrapsíquico por medio del cual se atraviesa el turbulento espacio triangular, no puedo evitar pensar en los datos sociológicos: el incesto padre/hija es el tipo más prevalente de sexo intrafamiliar intergeneracional (Turner, 1996). Por lo tanto, si se cree que el principio paterno interrumpe el Imaginario en el cual florece el deseo incestuoso y sin límites de las madres y los hijos, la relativa frecuencia del incesto paternal sugiere que los padres podrían efectivamente tener algo más de dificultad en regular sus propios actos incestuosos. Del mismo modo, incluso si se acepta el lugar de la mujer en el interior psíquico como signifiante de la ausencia, las mujeres siguen teniendo una vida subjetiva. Entonces, por definición, las madres son capaces de autorreflexión y, por lo tanto, de autorregulación (Benjamin, 1988; Ruddick, 1980). Y si la menor frecuencia de incesto maternal es indicadora de algo, su capacidad para la auto-conciencia y el auto-manejo bien podrían significar que se ha exagerado en su necesidad de un padre regulador. Quizás es sólo mi experiencia con el Dr. O la que me hace querer considerar de inmediato al deseo incestuoso como algo motivado inconscientemente, experimentado subjetivamente y vivido intersubjetiva y socialmente. Pero no creo que ésa sea la única razón para preferir una narrativa que incluya, al mismo tiempo, interioridad e intersubjetividad, díadas y tríadas, y autorregulación parental en relación al tabú del incesto, visto en sí mismo como un Tercero (Benjamin, 2006) que contextualiza las relaciones paterno filiales y al mismo tiempo permea el proceso psíquico adulto.

incesto y utilizándolos como dos lentes a través de los cuales ver el mismo drama. Si consideramos que el Edipo da testimonio de los niños, ¿podríamos decir que el tabú del incesto tiene que ver con los adultos, aunque veamos ambos procesos como simultáneos y compenetrados? Esta visión estereoscópica podría enmendar una laguna en las nuevas narrativas, cuya quizás necesaria tendencia a omitir la tríada en favor de la díada, bidimensionaliza un proceso que es tridimensional.

Desde mi punto de vista, el Edipo es un crisol evolutivo que infunde a una mente incipiente con un tipo particular de deseo en un espacio triangular. Al mismo tiempo, la prohibición del incesto impide la materialización del deseo de los adultos con sus hijos. La prohibición del incesto está dirigida a personas esencialmente formadas, a los adultos a cargo, quienes, expertos en el *multitasking* personal e intersubjetivo, son capaces de tener en la mente a un otro, sin perder su sí mismo; se ocupan de las relaciones (diádicas, triádicas, múltiples) sin el autosacrificio del que los niños necesitan ser protegidos; y, de hecho, encuentran que todo este “malabarismo” los engrandece (una descripción parcial tanto del rol del analista como de los padres; véase Cooper, 2003; Davies, 1998, 2003).

Estas prohibiciones mutuas sobre la satisfacción del deseo están interrelacionadas; su cumplimiento es interdependiente. El decreto edípico exige que uno renuncie a la fantasía de unión sexual y personal con el(los) padre(s). Pero no se puede lograr esta pérdida sin la voluntad parental de resistir a la pérdida complementaria (Davies, 1998, 2003), es decir, de tolerar y crecer a partir del sufrimiento causado por la prohibición de materializar el deseo sexual por el hijo (claudicación implícita en Loewald, 1980). Este contexto intersubjetivo, en el cual los adultos pueden cosechar el placer y el poder agrídulce de ayudar a los niños en su propia sexualidad, resuena en la díada analítica, donde se requiere reflexión aparte de (in)acción.

La Negativa del Analista y el Deseo del Paciente

Lo mismo que ocurre con la resolución edípica sucede con el tabú del incesto en el adulto: ninguno de los dos logra jamás ser completamente aceptado o resuelto. La relación es probablemente causal: en la medida en que el cierre edípico de los propios adultos siempre es parcial (Meltzer, 1973) y precario (Freud, 1924), su acatamiento de la prohibición se torna tan necesario como difícil. Remordimientos edípicos remanentes, removidos por las fantasías adultas de cumplimiento de deseo actualizadas, obsesionan

también a los analistas (Gabbard, 2008; Twemlow & Gabbard, 1989), incluyendo al Dr. O. Sin importar cuán intersubjetivamente se lleven a cabo estas fantasías reparatorias, su resolución dependerá finalmente de la persona a cargo—padre, madre o analista—quien debe registrar su presencia pero renunciar a su realización. El logro de esta renuncia—tolerar la permanencia de la melancolía sexual—no es una tarea pequeña (Davies, 1998, 2003). Requiere del apoyo de diversas fuentes, lo que Benjamin (2006) ha denominado el tercero moral, y todo aquello denotado como *le nom du père*⁹ en el sentido disciplinario y protector del término—la comunidad, la cultura, la moral, la Ley. Este logro es fundamental: la negociación del deseo que constituye la vida de uno, florece cuando se enfrenta a la restricción del otro.¹⁰

La negativa del Dr. O a examinar la dinámica edípica evidenciaba un vacío intelectual y clínico. Él no empleaba el modelo clásico unipersonal; y, a mi parecer, un modelo bipersonal de deseo sexual, en el que el deseo adulto pueda servir como consideración técnica, se encuentra aún en construcción. Al mismo tiempo, había otros factores en juego. Enmarcando este vacío no sólo había fallas en su entrenamiento, lagunas en su conocimiento psicoanalítico y problemas comunes a la dinámica de poder de la autoridad y del género, sino, lamento decirlo, defectos caracterológicos básicos también. Cuánto habría, podría y debería haber hecho distinto. No puedo evitar preguntarme qué podría haber pasado si el psicoanálisis hubiera ofrecido una teoría acerca de la incestuosidad adulta como contraparte a su teoría sobre el anhelo edípico. ¿Podrían todos los Drs. O en el mundo, incluyendo el mío, haber sido capaces de conservar su deseo para ellos mismos, dejando espacio para sus pacientes? Lo que yo deseaba era una relación paradójica—y reparadora—en la cual el “yo-primero” se pusiera con gusto en segundo lugar. Lo que obtuve, en cambio, fue un exceso de “yo-primero”, magnificado por y frente a mí. Seguramente él opinó sobre mi deseo identificadorio de ser el centro del universo. Sin embargo, el tipo de reflexión que yo necesitaba era más recíproca que edípica, un tipo de versión diádica de la tríada, lo que ahora podemos llamar la transferencia/contratransferencia homoerótica preedípica (Benjamin, 1988). Yo necesitaba escuchar más acerca de nosotros y menos sobre él. Desconozco si, más allá de considerar “natural” la pasión que sentía por mí, él reflexionaba sobre lo que hacía y sentía. Debería haberlo hecho. Pero, dado que había

⁹ En francés, el nombre del padre. (*N. de la T.*)

¹⁰ Al menos dentro de la cultura que conozco. Mi formación antropológica me impide transformar esto en una afirmación universal.

materializado su deseo fálico, yo necesitaba que me mostrara su deseo analítico también para, de alguna manera, hacer públicos entre nosotros sus pensamientos privados, y así poder procesar juntos lo que me pasaba a mí, cuál era la relación entre sus acciones y sentimientos y los míos.

Como es bien sabido, aunque quizás rara vez articulado, la capacidad de los analistas para contener su propio deseo mediante la autoconciencia es equiparable al acatamiento, por parte de los padres, de la prohibición del incesto. Dicha contención autoconsciente crea y protege una brecha en la cual la subjetividad del paciente puede manifestarse (Bernstein, 2006). Atados al mástil del profesionalismo y el cuidado, los analistas, al igual que Odiseo (Wilner, 1998), debieran escuchar pero no bailar al ritmo del deseo de sus pacientes. Este freno dependerá del desarrollo de la capacidad de reconocer y contemplar su propio deseo (de ahí la necesidad del análisis didáctico).

Efectivamente, ambas capacidades, de reflexionar sobre el deseo y de refrenarlo, se alimentan una a la otra recursivamente. Se puede interpretar el mástil de Odiseo como fálico (*le nom du père*) (Schein, 2009) o, al igual que Benjamin (1998), considerar la labor de contener y reflexionar como una práctica (tradicionalmente) materna: al revisar el binomio activo/pasivo, ella plantea que la pasividad no es sólo el opuesto de la actividad sino que significa contención. Otros (por ejemplo, Davies, 1998; Cooper, 2003) designan este trabajo como capacidad analítica, técnica y obligación. Argumentan que, al detectar y analizar la sexualidad adulta, los analistas pueden decodificar y manejar la contratransferencia sexual.

Concebido de esa manera, el tabú del incesto adulto causa una ruptura—el padre dice que “no”—que permite conocer el propio deseo. Al hacerle espacio al niño o, *mutatis mutandis*, al paciente, la materialización bipersonal de la prohibición del incesto incuba una experiencia unipersonal. La prohibición acatada abre un espacio (para Lacan, una falta [Mitchell & Rose, 1982]) lleno y vacío a la vez (lo que podría ser una buena descripción del sentimiento de deseo). Esta apertura está repleta de potencial: el sexo descartado entre padre e hijo o entre analista y paciente se transforma en potencia y fantasía en el niño/paciente (véase Samuels, 1996, p. 310). El padre/doctor que suelta las riendas del deseo, deja al niño/paciente al mismo tiempo hambriento y lleno en exceso. Por el contrario, los analistas que son capaces de observar la pasión que sienten por sus pacientes sin actuarla, pueden cambiar el placer robado por una sensación de trabajo bien hecho; pueden disfrutar de una vista sutil y privilegiada del cambio en personas que pasan de la dependencia a la autonomía (Cooper, 2003); o, siendo más

realista, pueden sobrevivir el dolor igualmente delicado de observar a sus pacientes cometer sus propios errores y descubrir que ya no desean lo que alguna vez (pensaron que) sí—lo que puede, efectivamente, ser un modo de encapsular la resolución edípica.¹¹

Al analizar el deseo incestuoso, hay que tener en cuenta que el deseo no está solamente motivado por la descarga ni tampoco exclusivamente por la búsqueda de objeto. Lo que importa es que, en la medida que se respeta la prohibición del incesto, tanto el anhelar y perder de la niñez, como la desilusión, la vergüenza y la rabia, forman parte de crecer. Los padres no pueden proteger a sus hijos de esto, del mismo modo como los analistas no pueden proteger a sus pacientes. De hecho, ellos más bien lo favorecen y, junto a eso, un espacio interior para la imaginación, el deseo y la fantasía. Una de las heridas predecibles de la vida de las que Freud nos advierte, el sufrimiento por el amor no correspondido, también es central para lograr cierta libertad: cuando se logra sobrellevar, uno crece y se evita la confusión de que los propios deseos deban ser cumplidos por la misma persona de cuyos deseos uno se está tratando de liberar. Uno obtiene el espacio para crearse a uno mismo como si uno fuera autónomo. Estoy aquí modificando la paradoja de la separación de Benjamin (1988). Así como la independencia implica separarse de un otro/madre del que se depende, del mismo modo la afirmación del propio deseo, en toda su imposibilidad y ambigüedad, depende de que uno se separe y sea efectivamente diferente de aquellos con los cuales nació y aún vive —y que comprenden el dolor que ellos infligen.

Por eso habría querido que el Dr. O, el hombre que escuchaba además de hablar, me hubiera ayudado a verbalizar el dilema que entrañaba nuestra verdadera relación: que el

¹¹ ¿Pueden las pataletas significar la conjunción fatal e inescapable de la falla parental con el amor no correspondido? De ser así, cuando se reeditan en la transferencia, deben ser interpretadas. En mi caso, también hubiera sido necesario un análisis contratransferencial. Pienso que si el Dr. O hubiera reflexionado sobre su deseo y sobre el contexto de relación de objeto en el que éste se encontraba, quizás entonces yo podría haber identificado mis anhelos sexuales, filiales y románticos. En lugar de eso, mis pataletas se alimentaban de una mezcla de rabia, vergüenza, desilusión y deseo no registrados. Desde la mirada relacional, un torbellino de esa naturaleza puede ser una certeza del desarrollo. O eso entiendo de lo que Faribairn (1954, p. 113, n. 1) plantea en su revisión sobre la teoría psicosexual. Para él, la frustración (sexual) se registra como rechazo. Y aunque cree que la “frustración” podría describir con exactitud la clásica interpretación freudiana de la pulsión cuya descarga es negada, si, como él propone, la libido busca y disfruta de la conexión, entonces la frustración significaría que no se ha logrado el vínculo deseado con el otro. En la medida que esa falla se registra como amor perdido, la des/atención del objeto a su vez parecerá rechazante. Siguiendo con esta idea, yo agregaría que el rechazo muta en humillación cuando el niño, al culpar a su self para así proteger al objeto amado y necesitado (Winnicott 1975; Guntrip 1973), pasa a sentirse como un tonto. Y cuando la vergüenza añade (más) rabia no deseada, *voilà*, una pataleta.

logro de lo que yo quería—el incesto corporal y emocional—me impedía obtener lo que yo necesitaba: la legitimación de mis quejas. Si lo pensamos, el amor no correspondido permite sentir que el propio deseo *es distinto* del deseo de ese otro que tanto nos importa. Pero necesitamos a ese otro para darnos cuenta. Este crecimiento ocurre a través de la experiencia o fantasía de ser sostenido por un padre, analista, profesor, autor o incluso de una idea. Simbolizando lo que no ha sido previamente simbolizado, la abyección (Kristeva, 1982) que sobrevivió surge de esa contención refrenada y constituye un rincón doloroso, profundamente personal para el autoconocimiento y la autocontención (quizás el “área de la fe” de Eigen [1981]). Debes poder experimentar el deseo y el dolor con tu padre/madre, quien también lo siente, sabe que lo siente e intencionalmente, en vez de actuarlo, tolera la conmovedora visión de tu pasión encendiéndose, tú con quien tu padre/madre se ha identificado, a quien él/ella identifica como propio/a, y a quien él/ella permite vivir.

Cuando, por el contrario, la ruidosa “confusión de lenguas” (Ferenczi, 1933) obstruye el espacio que debiera haber estado lleno sólo de posibilidad, el anhelo desaparece. Le conté un sueño al Dr. O: “Había un hombre llamado Sussman, parece que era alguien conocido. De su bíceps, que había sido perforado de alguna manera, salía un líquido, una mezcla de azúcar, vinagre y agua.” El Dr. O no tomó “Suss” como expresión de descubrimiento¹², yo tampoco. En lugar de eso, eligió la lectura bucólica: “*Süss-man*, dulce hombre, ¿no estás hablando de tus sentimientos por mí?” Ignoró el vinagre (el semen sólo a veces es dulce) y, en una felación inconsciente, de sublime autosacrificio, se lo permití, actuando como si su omisión (¿emisión?) no hubiera ocurrido. En la evitación narcisística de lo agridulce, se parecía a mi padre, quien, incapaz de tolerar las críticas o imaginarse a sí mismo pudiendo herir a otro, parecía ignorar la ambivalencia del amor.

Como decía antes, necesitas a alguien que te pueda ayudar. Y a pesar que una relación amorosa adulta puede ofrecer esta ayuda, suele ser poco probable que lo haga. Me suelo extrañar cuando mis pacientes mujeres, así como otras mujeres que conozco, anhelan a amantes que no pueden tener. Mi sensación, hablando desde mi propia experiencia también, es que quienes sufren de este tipo particular de amor no correspondido—en especial las mujeres heterosexuales de *Las Mujeres que Aman Demasiado* (Norwood, 1985)—desean a alguien imposible porque no quieren un objeto sino un límite (esto

¹² *Suss*: verbo de uso coloquial para referirse a descubrir, investigar. (N. de la T.)

también puede ser cierto para algunos hombres). La falta de disponibilidad simboliza el límite anhelado, la prohibición del incesto respetada en cuerpo y/o alma. Buscan rehacer un proceso fundamental pero estropeado de la niñez: no autodestruirse.

Buscan su propio deseo. Quieren ser capaces de no tener a su(s) padre(s), a pesar del anhelo mutuo (Samuels, 1985, p. 168), para poder quedarse con su propio deseo privado y toda su esperanza y dolor solitario y diferenciador. Desafortunadamente, se puede perder mucho tiempo si, de adulto, se intenta este “volver-a-hacer” con amantes con quienes no se puede ni debiera esperar que estén al servicio del propio crecimiento. En ese caso, se está mejor en terapia. Pero aún así, la reparación es difícil—Freud (1937) a veces la consideraba imposible—y que esto ocurra en manos de ese mismo profesional es una traición terrible de la promesa psicoanalítica. A propósito de mis problemas matrimoniales, el Dr. O citó a Otelio una vez, cuando éste dice de sí mismo (después de ser aprehendido por asesinar a su mujer): “uno que no amaba sabiamente, sino demasiado bien.” ¿Por qué no lo aplicó a nosotros?

Escindiendo la Diferencia

Pese a que cuando yo estaba en tratamiento él era grande y yo pequeña, ahora nuestras posiciones se han revertido: en el asiento de analista (literal y figurativamente), puedo observar y evaluarlo desde una posición de autoridad. Es irónico que haya sido mi trabajo con él el que haya permitido hacer esta inversión. Curiosamente, el mismo año (académico) de la transgresión inicial comencé a considerar la idea de volverme analista. Me tomó mucho tiempo, además de la escritura de este artículo, entender lo que será inmediatamente obvio para el lector: convertirme en analista fue una enorme salvación. Yo había depositado toda mi fe y confianza en este hombre. En nuestros primeros cinco años, lloré la muerte de mi madre con él. En el cuarto, sufrí un colapso nervioso que se prolongó por todo un año, durante la última parte del cual mi padre falleció. De manera que cuando, 18 meses después de esa muerte, el lapsus del Dr. O me mostró su falta de confiabilidad, yo no tenía dónde ir. Habiéndose ido mi verdadero padre, sólo me quedaba su decepcionante suplente. No podía tolerar el dolor y sólo comencé a registrarlo después de terminar mis 30 años de silencio. En retrospectiva veo lo atascada que estaba: carecía de la estructura interna para involucrarme por completo en el desengaño, la rabia y la desilusión que hubieran irrumpido de haber yo renunciado al placer culpable otorgado por mantener ese secreto incestuoso.

Así es que lo evadí. Escindí la diferencia—optando por cambiar de trabajo, dejé al Dr. O sin dejarlo. Llámelo mi propia y privada resolución edípica. Sorteando con astucia las trampas del género que debe enfrentar una joven saliendo del Edipo, opté por tomarle la palabra y tratar de alcanzar el falo yo misma. Yo iba a hacer lo mismo que él, pero también lo que yo hacía. Iba a ser una analista como él pero iba a continuar escribiendo y hablando sobre lo que me importaba. Efectivamente, a pesar de que no publiqué mi primer artículo clínico hasta cerca de 15 años después de comenzar mi formación (Dimen, 1991), mi vida literaria ganaba fuerza en la medida que nuevas ideas, temas y géneros llegaban a mí.

Este giro radical tenía un contexto racional: en ese tiempo, yo me estaba desencantando con mi primera profesión. Aunque perdura mi admiración por la antropología, en 1973 mi entusiasmo por compartir sus maravillas con los alumnos había decaído. Paralelamente, el psicoanálisis estaba haciendo su magia de transformación. En los primeros años universitarios, leyendo a Durkheim (1933), se me ocurrió de repente que el caos de la vida podía ser descifrado. Del mismo modo, como paciente, de pronto vi con absoluta claridad que el revoltijo de la mente también tenía significado. Si agregamos a eso una manera emocionantemente sistemática de pensar sobre las mujeres y el deseo, pese al antifreudianismo feminista de la época, resultaba evidente para mí que el psicoanálisis era justamente lo que el doctor había prescrito (Dimen, 2003).

¿Me permitió, mi adopción del psicoanálisis, identificarme, diferenciarme y superar (incluso) al Dr. O? Sí, pero eso no es todo. A medida que mi análisis avanzaba, el apoyo del Dr. O me ayudaba a volverme más activa y segura intelectualmente. Inspirada por su imagen favorita, el robo de fuego de Prometeo, y dispuesta a tomar sus riesgos (anhelar el falo siempre fracasa), aumenté mis logros no sólo en lo académico. Incluso tendida en el diván había trepado sobre las barricadas; extrañamente, comencé mi análisis el mismo año que integré mi primer grupo de concientización. A lo largo de mi tratamiento, la liberación femenina, como he dado a entender, sirvió de hogar paralelo. De modo que mientras en la consulta del Dr. O yo avivaba y neutralizaba mi propio discurso, mi voz ya estaba haciendo un giro hacia nuevos registros en los grupos de estudio, las políticas de protesta y el pensamiento (académico) que marcó la segunda ola del feminismo. El incentivo justo y generoso, aunque también competitivo a veces (Buhle, 1998), de la hermandad femenina, me empoderó para sacar la voz a pesar del silencio reinante en la consulta del Dr. O.

Para mí, el psicoanálisis y el feminismo no eran antagónicos. Los necesitaba a ambos.

Sería banal decir que el feminismo era la madre protectora que intervino en la incestuosidad paterna. Los movimientos como el psicoanálisis y el feminismo no funcionan así. Más aún, cada uno de ellos, aun habiendo sido antagonistas históricos, tenían esperanzas similares para el self y para el cambio (Dimen, 2003; Mitchell, 1974). Pero resultó que el psicoanálisis recapituló la jerarquía de cuya dominación yo buscaba liberarme y en la cual, paradójicamente, quería encontrar ánimo y autorización. El feminismo, menos sintonizado con la vida interior (aunque preservador de ella), creó una utopía temporal en la cual las mujeres se permitían salir de los límites patriarcales. El Dr. O me ayudó a desarrollar un nuevo self (si bien, en cierto modo, uno falso que requirió de reparación en el tratamiento siguiente), pero no podría haberlo logrado sin el aporte del feminismo.

Esa transformación vital, al igual que este ensayo, constituyó mi formación de compromiso personal. Si no podía salvar la relación real, podía repararla “por poder”; si el Dr. O no iba a ayudarme, yo lo iba a hacer. Fue como transferir mi apego con él hacia un conjunto de prácticas intelectuales y clínicas que significaban mucho para mí, para él, para el “nosotros” dañado. Acercándome a él mientras mantenía mi distancia, yo iba a cumplir su promesa. No sabía en ese momento que esta “operación manos a la obra” implicaría llamar a la policía—el Tercero que el Dr. O parece no haber conocido o no podría haber conocido. Ahora parece un deseo inconsciente: le estoy pidiendo a la comunidad psicoanalítica que de fe de uno de sus errores recurrentes.

También le gané al Dr. O en su propio juego. ¿La teoría es sólo para los genios? Puede que no. O quizás habrá que ver quién es el genio. Espero que esta crítica sobre mi análisis incestuoso con él aumente un poco nuestro conocimiento, iluminando clínicamente un proceso intersubjetivo crucial (a diferencia de él, no estoy tan dispuesta a separar la teoría de la técnica). Ya no me avergüenzo, como antes, por haber encontrado inspiración en el hombre que me hizo daño. Pese a estarme identificando con el agresor, quizás también competía con él al buscar hacer lo mismo que él pero bien, mejor, correctamente. Las mujeres también habitan en lo Simbólico.

También es cierto que aunque haya sido sólo por un accidente histórico, ahora soy yo la que está arriba. En la época en que el Dr. O y yo trabajábamos juntos, el psicoanálisis comenzaba a ser atacado por sus transgresiones interpersonales y éticas, situación que sólo se fue intensificando con los años. El haber estado ahí cuando la terapia estaba siendo desidealizada y democratizada no fue lo único que me ayudó a tener a la historia de mi lado. Ingresé al campo en un momento en que la creciente prominencia de las

mujeres comenzó a contribuir al reconocimiento, tardío pero en aumento, del sexismo y homofobia de la profesión. Que el psicoanálisis no podía continuar desmereciendo o anulando la crítica feminista fue algo que claramente me ayudó a conseguir mi propia voz, posición y reconocimiento por integridad y autoridad moral.

De manera que, dominando la situación en virtud del revés de fortuna entre analista y paciente y de mis propios logros posteriores al Dr. O, cuando comencé el borrador de este artículo seis años atrás, ya no tuve que mirarlo a los ojos. Tal vez lo miré para abajo en vez, segura de que podía darme el gusto de desecharlo y no tener, así, que confrontarlo. Por todas estas razones, este ensayo puede ser retaliatorio e injusto para el Dr. O que, ahora muerto, no puede responder. No puedo evitarlo. Y pese a que no puedo realmente perdonar todo el daño que me hizo y aún cuando nada de lo que se diga sobre este tema pueda ser puro (Harris, 2010), incluyendo lo dicho por mí, espero de todos modos que mis reflexiones sobre la extraña reciprocidad de nuestra escenificación nunca analizada, sobre mis ganancias y también mis pérdidas, sirva suficientemente de duelo.

Tuve dos terminaciones con el Dr. O. La primera ocurrió después de una década de tratamiento; no recuerdo su ímpetu. Pero un año después, regresé por dos años más, asistiendo sólo a sesiones semanales, cara a cara. Tomé apuntes después de cada sesión intentando comprender aquello que se me había escapado. Esos apuntes parecen haber desaparecido después de una o dos remodelaciones de casa. Pero ya no los necesito.

Conclusión: El Problema que No Desaparecerá

Cuando comencé este artículo, tengo entendido que el Dr. O estaba vivo. Si aún lo hubiera estado al terminarlo, dos cosas son ciertas: él se hubiera enterado de su existencia, y su honor personal hubiera exigido que yo lo confrontara. Como resultado, su muerte me salvó de esa situación pero también me despojó de una oportunidad. Sin lugar a dudas, si hubiera concertado verlo, habría manejado mi terror, rabia y vergüenza haciéndome acompañar por algún(a) colega que me hiciera de apoyo durante lo que supongo hubieran sido unos desagradables 50 minutos. No puedo imaginar al Dr. O aceptando mi acusación ni la largamente esperada oportunidad de reflexionar conmigo. Claro que nunca se sabe; podría haberme sorprendido. Mientras escribo, imagino sus disculpas y mis ojos se llenan de lágrimas. Debo decir que, independientemente de lo que hubiera sucedido, la confrontación probablemente habría sido beneficiosa. Pero aún

así, cada vez que pienso en lo que me perdí, por lo general siento más alivio que pesar. Pueden estarse preguntando por qué no fui a verlo antes. He aquí la paradoja: si no hubiera escrito este artículo, no podría haber encontrado “las palabras para decirlo” (Cardinale, 1975). Ahora que lo pienso, mi lenta comprensión no sólo requirió de su ausencia para revivir sino de la presencia de alguien más. Sólo escribiendo para un público que esperaba me escuchara, pude recuperar los significados en lo que, si no, hubiera sido un mero reporte. Podríamos decir que necesité de un pueblo, de un proceso relacional: creé una reparación para mí misma al darme cuenta—cuando pude imaginarme a alguien receptivo y cuando recibí la invitación apropiada para hablar—que, para mi sorpresa, estaba lista para contar (Dimen 2005a). (El contexto para elegir el día fue múltiple por supuesto: una tercera relación terapéutica, otros eventos vitales importantes, etc. Pero eso es otra historia.)

A medida que el significado retornó, la vergüenza menguó. Antes de escribir este artículo, yo moraba en algún lado del continuo que va de la seducción al abuso, pasando por la explotación—ni pensamiento ni sensación, sólo un deseo resonando en un vacío paradójicamente lleno de vergüenza: “esto no está pasando.” Performativamente, la vergüenza se autoalimenta: tienes vergüenza, por lo tanto, sientes que te la mereces. La abyección (Kristeva, 1982) se solidifica y prefieres seguir como si nada hubiera ocurrido. A medida que hablaba, sin embargo, esa vergüenza que marcó las décadas de silencio e incluso el primer par de relatos de esta historia, gradualmente remitió, aún cuando continúa resurgiendo cada cierto tiempo. Tanto los elogios como las críticas por contar, me han fortalecido: pese a los esfuerzos propios y ajenos (voluntarios e inconscientes) por detenerme, el hablar me ha hecho cenar tan bien en el banquete del respeto, que la vergüenza ya no me persigue. Ésta, más bien, se ha vuelto interesante.

Sobre No Nombrar al Dr. O

Me gustaría decir que mi vergüenza, tras haberse disipado, ya no quiere venganza. Cuando comencé este proyecto, la *Schadenfreude*¹³ me atraía: fantasee efectivamente con el triunfo de nombrar al Dr. O. Ahora no podría imaginarme haciéndolo y más bien lamento haberlo pensado: si bien he emergido intacta de este enigmático tratamiento, no estoy exenta de cicatrices. También lamento decir que algo de este pesar puede contener

¹³ En alemán, alegría por la desgracia ajena. (*N. de la T.*)

vestigios de ese amor auto-sacrificado que rehuyó dañar al ser amado y la relación atesorada; lealtad que me impidió conectar los puntos durante esas tres décadas de silencio.

Sin embargo, mi discreción es pragmática a la vez. Aunque sería digno y ético decir que quiero proteger a su familia y colegas, no soy tan noble. La decisión de no nombrarlo obedece más bien al deseo de evitar que la atención se centre en su personalidad y se reduzca a un chisme. Si bien he necesitado contar esta historia por motivos personales, en el camino me he encontrado con temas centrales para el trabajo psicoanalítico y es ahí donde quiero que permanezca el foco. Esta historia desenmascara complicaciones que nos aporaleman en la vida clínica cotidiana, así como también misterios relacionados con cómo pensamos sobre la mente, la relación y el tratamiento.

Pensemos ahora en el apelativo que elegí. La “O” sitúa nuestra relación de trabajo dentro de la tradición psicoanalítica. Conjura al inventor putativo de la cura que usamos y pone esa práctica en cuestionamiento. La “O” honra la determinación de Bertha Pappenheim en el tratamiento, y su independencia y originalidad en el resto de su vida. Este apodo también evoca la transferencia/contratransferencia sexual por la cual fracasó el análisis de Anna O con Josef Breuer. Y también pregunta: si la actuación o escenificación sexual es tan venerable como para ser inevitable, ¿en qué nos transformamos? ¿Cómo nos aseguramos de que los analistas se mantengan de pie al lado de aquellos a quienes han dañado?

Al apodarlo Dr. O, también quiero evocar a la protagonista de *La Historia de O* (Declos [Réage], 1965), las dinámicas de poder de género ahí retratadas, la subyugación sexual, y el lugar que ocupa la novela dentro de la historia feminista y sexual contemporánea. Quizás al ponerle el nombre de ella a él, busco dar vuelta las cosas, lo que, como vieron en la Parte II, intenté literalmente un día. Pero también quiero reflexionar sobre el enigma de la contribución que hacemos al propio sufrimiento. *La Historia de O* tiene dos finales, en uno de los cuales la protagonista, O, busca la autorización de su maestro para suicidarse. En esta coyuntura moral y clínica, los intereses feministas y psicoanalíticos se encuentran. ¿De qué manera, pregunta el pensamiento feminista (por ejemplo, Benjamin, 1988; Butler, 1990), son cómplices las mujeres de su propia subordinación? *Mutatis mutandis*, al psicoanálisis le interesa lo mismo: ¿qué rol desempeñan las personas en sus propias tragedias? En este artículo personal pero con implicaciones teóricas, he luchado por mantener esta tensión moral: por un lado, nos responsabilizo a ambos de lo ocurrido; pero por otro, llamo las cosas por su nombre: el

tipo me dañó.

El Psicoanálisis en Aprietos

De la manera más clásica, un analista daña a la persona que se supone debe ayudar sin siquiera habla de lo sucedido. Y no es siquiera una paciente la que se queja. O más, bien, la demandante es efectivamente una paciente pero también una analista que tiene ciertas ideas sobre los tipos de errores que se pueden cometer y la manera cómo se pueden rectificar y borrar; sabe algo acerca de la historia sexualmente inadecuada de la profesión; y su autoridad amerita ser atendida. Si sólo fuera una paciente reclamando, podríamos empatizar pero también protegernos a nosotros mismos mediante la escisión: nosotros contra ella, los analistas contra una paciente, el bien contra el mal. Quizás el analista estaba haciendo un mal trabajo pues el buen psicoanálisis no incluye este tipo de abuso. O quizás el analista era una manzana podrida; expúlsenlo y estamos a salvo. O tal vez la paciente era un huevo podrido. Mala suerte. Pero *nosotros* estamos bien.

Pero nosotros, una colectividad a la que pertenezco, somos más sensatos: el problema de la infracción sexual es endémico. No hemos logrado aún hacer que desaparezca y, en consecuencia, compartimos una impotencia por lo general silenciosa que nos deja angustiados y avergonzados. La angustia y la vergüenza pueden ser peligros ocupacionales. Surgen por múltiples razones y desaparecen relativamente rápido frente a errores comunes y corrientes—una interpretación fallida—o incluso a “actos delictivos” (Slochower, 2003)—por ejemplo, tomar nota de algo personal—y, por supuesto, a negarse a preguntar sobre el impacto de cualquiera de estos errores. Muchas veces, el Dr. O se equivocó de esta manera. Yo también. Uds. también. Ken Corbett (2009, p. 187) escribió al respecto,

Afortunadamente los análisis rara vez, si acaso alguna, cambian de dirección en esos micro-momentos. En lugar de eso, se sostienen y construyen en una experiencia temporal diferente, en una red de asociaciones contingentes y un relevo creciente de construcciones y reconstrucciones que se mueven libremente por el pasado, presente y futuro. De esta manera, [por ejemplo] una intervención puede soltar un punto y luego retomarlo en el próximo pensamiento/asociación.

Algunas infracciones, sin embargo, son menos micro que otras. Insolubles, no metabolizables, bloquean la visión y el pensamiento, y crean un dilema compartido. Bajo su sombra crece no sólo la vergüenza sino el estigma o, como Erving Goffman

(1986) lo definiera, la “identidad estropeada.” Dichas violaciones lo contaminan todo y nos deshonran a todos. En la medida que la identidad profesional también es personal (como tiende a serlo en la clase profesional-gerencial [Ehrenreich, 1989]), la vergüenza del agresor se adhiere en todos los demás, incluyendo a la víctima.

En ninguna parte es esto más cierto que en el lugar donde el psicoanálisis plantó su bandera; ni siquiera la evasión de impuestos padece un estigma así. Fue el psicoanálisis el que planteó que la sexualidad era el sitio donde el placer y el peligro hacían combustión, alimentándose el uno al otro. Sin embargo, éste es el lugar donde el psicoanálisis sigue avergonzándose, o siendo avergonzado. Simplemente, la ansiedad sexual que asedia a los civiles aqueja a los analistas también. Los psicoanalistas tienen ideas extraordinariamente importantes sobre el sexo, Pero también tenemos nuestra locura sexual particular, y no nos escapamos de las prácticas disciplinarias ni de las jerarquías sexuales enloquecedoras, personales y culturales, que dan parte a nuestro deseo.

Mezclemos todo eso con sentimientos indigeribles acerca de los inevitables defectos presentes en el mismo medio a través del cual aprendemos nuestro oficio y obtendremos, ocasionalmente, algo tóxico. El análisis no lo repara todo, ni siquiera para los analistas. Efectivamente, como opinara Masud Khan (1974)—quien no se queda atrás en asuntos de abuso sexual y de otros tipos—esta deficiencia puede impulsar de cierta manera la profesión: “aquellos [. . .] conformes con sus problemas buscan tratamiento” (p. 117), mientras que los que buscan formación son aquellos que, en su delirio, esperan la cura. Que estaba equivocado—los civiles también buscan la cura—no es el punto.

Los analistas viven con la incomodidad de las resoluciones edípicas inconclusas, arrastrando incestuosidad y necesidades de apego a las que no han renunciado. La transferencia, el hogar de las transformaciones extraordinarias y del dolor indecible, nunca se resuelve del todo. Enojados y desilusionados por nuestras propias limitaciones, las de nuestros analistas y las del propio psicoanálisis, y avergonzados por toda esta imperfección, somos estigmatizados por el analista que comete un crimen y luego por el paciente que hace la denuncia. Con toda nuestra ambivalencia, queremos deshacernos del disturbio creado, al igual que el paciente explotado y que el analista explotador.

Una Travesti Psicoanalítica

Mi historia altera el discurso en que se anida la relación analítica, lo que el historiador cultural Raymond Williams (1961) denomina “estructura de sentimiento.” Consideren lo que ocurrió cuando, en respuesta a otra invitación a una conferencia, propuse leer un artículo evaluando las respuestas de los colegas a la primera presentación de este ensayo (Dimen, 2005a). Primero, el comité pensó en desinvitarme: consideraban poco ético que el Dr. O, presa de la confidencialidad, no pudiera defenderse de mis cargos (para una situación similar, véase Cornell, 2009). Yo protesté y luego de asegurarles que el Dr. O estaba muerto y seguiría sin ser nombrado, reinstalaron su invitación y pude presentar mi trabajo (Dimen, 2006).

Habiendo cedido mi daño y mi rabia a la curiosidad, me encontré preguntándome qué pánico podía llevar a los analistas a elaborar la descabellada idea de que los pacientes están sujetos a un código ético. Siendo bien pensada, imaginé que el comité debía haberse sentido tironeado por lealtades opuestas. Movidos a proteger tanto al paciente dañado como al colega impugnado, alarmados como (incluso) los analistas tienden a responder ante la impropiedad sexual, no supieron qué hacer y lo solucionaron invirtiendo el binomio habitual. No era el analista sino el paciente el poderoso; no era el paciente sino el analista el que necesitaba protección. El analista ya no era culpado por su infracción sexual, sino el paciente, por su falta de ética.

Quizás el haberme presentado a mí misma como analista y paciente ha creado una “crisis categorial”, una situación en la que se puso en juego el orden familiar de las cosas. La teórica literaria Marjorie Garber (1991) acuñó este término para dar cuenta de la presencia y función de los travestis “en textos tan diversos como *Peter Pan, As You Like It*¹⁴, y *Yentl*, y en figuras tan enigmáticas y atractivas como d’Eon y Elvis Presley, George Sand y Boy George.” Ella plantea que una crisis categorial tiene un “efecto travesti’ resultante” que, al confundir las habituales categorías discretas de hombre y mujer, acentúa “la angustia cultural y desafía los intereses supuestos” (p. 17). Como analista y paciente a la vez, me volví una suerte de travesti analítica, aterrorizando a las autoridades, quienes buscaron regular mi discurso (Foucault, 1976).

No cualquiera con una historia como la mía podría haber sido escuchado. En la actualidad, un paciente ya no sería inmediatamente desestimado como sí lo habría sido en la época del Dr. O, pero su legitimidad probablemente no sería tan sólida como la de un analista profesional. Por el contrario, el privilegio profesional de poder hablar como

¹⁴ Obra de William Shakespeare. En español, “Como gustéis.” (*N. de la T.*)

analista me ayuda a ser escuchada, y el haber escrito considerablemente sobre sexualidad hace aún más posible esa escucha. Sin embargo, la misma razón por la que estamos dispuestos a escuchar a una colega respetada revelar una experiencia de abuso sexual, nos pone en riesgo: con la autoridad de ser una sabedora (Foucault, 1976), ella está al tanto de los secretos familiares de los que todos han acordado no hablar.

Escrito desde ambas perspectivas, entonces, mi reporte pone en duda el profundo y reasegurador binomio que el alarmado comité intentó recuperar manteniendo la dicotomía entre paciente y analista, pero intercambiando sus atributos. Este trueque desquiciado alude indirectamente a un pánico similar que surge cuando se transgreden las polaridades construidas culturalmente, como propone Mary Douglas (1966) en *Pureza y Peligro*. El simbolismo cultural, explica ella, suele alinear las cosas en pares. Lo que sea que caiga fuera de esas dualidades convencionales crea desorden, volviéndose así sucio y peligroso. Mi historia de travesti psicoanalítica es justamente una de esas cosas que desordenan. En psicoanálisis, existe una estructura profunda que alinea al analista y al paciente en dos columnas separadas: sabedor/sabido, sabio/ignorante, poderoso/necesitado, etc. Mi historia mezcla esas categorías. Al igual que otras cosas y criaturas marginales, “los niños no nacidos y los púberes debutantes en algunas culturas tribales, o los ex presidiarios y pacientes psiquiátricos en la nuestra,” como explica Garber (1991, p. 7) en relación a los planteamientos de Douglas, mi historia y yo entramos o generamos un estado de “‘contagio’ y de ‘contaminación’”, en peligro y peligroso a la vez.

Mi esfuerzo por pensarme como analista experimentada y como paciente ingenua no sólo fusiona conceptos opuestos sino que desafía la jerarquía implícita tras pares aparentemente coetáneos: el analista, el mayor, arriba, el paciente, el menor, abajo.¹⁵ El modelo bipersonal de Sullivan (1953) intentó subsanar esta desigualdad entre analista y paciente, relativizando el par: el primero como comparativamente sano y el segundo como comparativamente enfermo. El psicoanálisis relacional continúa esta deconstrucción igualadora, validando la sabiduría de los pacientes y reconociendo la influencia y participación de los analistas en las escenificaciones, sin mencionar en la iatrogenesis (Boesky, 1989; Mitchell, 1997; Renik, 1998).

Agrego otro paso. Quisiera deshacer la disociación y la jerarquía que estructuran las

¹⁵ Que el analista tiene menos poder que el paciente tanto estructural (como empleado del paciente [Dimen, 1994]) como dinámicamente (por ejemplo, como objeto transicional del paciente [Winnicott, 1953]) es verdad pero no el punto que quiero hacer aquí.

categorías internas, los “estados del self” (o “posiciones de sujeto”) de analista y paciente. Cada analista ha tenido por lo menos un analista; cada uno ha sido, por tanto, paciente. En consecuencia, cada uno de nosotros está arriba y abajo, es empoderado y degradado. Sin embargo, pese a saber que mucho de lo que aprendemos sobre el tratamiento proviene de nuestro(s) propio(s) tratamiento(s), nos parece extraño imaginar que, en efecto, hay dos estados del self vivos dentro de nosotros simultáneamente, cada uno de ellos con un conocimiento o sabiduría particular. En lugar de eso, parece necesario habitar una tierra de nadie, debido a la jerarquía analista-paciente y a su tóxico tráfico de poder y vergüenza.

¿Podemos ubicarnos en el espacio intermedio (Bromberg, 1996)? Si los analistas pueden pensarse como sabios e ignorantes, poderosos y débiles, ¿pueden también imaginarse simultáneamente autosuficientes e impotentes y seguir trabajando? ¿Qué estado mental implicaría ese acto de balance? ¿Cierta combinación de posición depresiva y escepticismo? Hablo al mismo tiempo como clínica reconocida y respetada, y como paciente muda y desesperada que ha encontrado su voz. Hablo desde adentro, como alguien que se ha formado, que ha estudiado y escrito, que ha estado en un segundo y tercer tratamiento, y que quiere dialogar con sus colegas sobre un dilema personal en términos de las complicaciones que marcan nuestro campo. Y hablo desde afuera, quizás representando a todos los pacientes a quienes todos hemos dañado de una u otra manera y que exigen reconocimiento y empatía.

Más de un colega, agobiado por el peso de esta exigencia, ha recurrido a la racionalización. A menudo, por ejemplo, he sido felicitada por la valentía de contar esta historia. Una vez, osé preguntar por qué estaba siendo elogiada. “Porque,” replicó mi colega, “quedas mal parada.” Hablando de prácticas reguladoras. Según ella, contar esta historia me hacía ver mal porque, cuando sucedió la transgresión sexual, yo era adulta, tenía 31 años, estaba casada, no era una virgen, y había buscado tratamiento psicoanalítico en forma voluntaria. Es verdad.

Pero, claro, al mismo tiempo no lo es. Lo que mis amigos no podían ver era una paradoja nada de inusual: al igual que otros agentes libres que llegan a nuestras consultas movidos por el sufrimiento, yo también estaba desesperada, algo vergonzoso de admitir entre civiles e incluso entre profesionales. Y (o pero) como sabemos, no se le puede pedir a los pacientes desesperados que sean responsables del modo como lo son los analistas. Un aspecto central de la “responsabilidad profesional [analítica],” escribe Mitchell (2000, pp. 51–52) sobre lo planteado por Loewald, es tender un puente entre

los estados mentales organizados y desorganizados del paciente. Este puente ayuda al paciente a liberarse de las “obligaciones convencionales” y en esta libertad pueden surgir los estados de “no integración” de manera productiva.

No creo ser la única en olvidar en el día a día cuán en riesgo se sienten los pacientes, cuán atemorizante es desprenderse de las defensas que protegen pero también construyen y constriñen, ser la persona infelizmente enferma que anhela el estado de gracia encarnado por el analista felizmente curado, el ganso bebé venerando al dios. ¿Se podría ver a simple vista, en mi historia con el Dr. O, el peligro común de ser paciente? Cuando tu médico quiebra la fe, tu propia fe tiembla. Y cuando tú estás, como yo lo estaba, desinformada psicoanalíticamente, enormemente angustiada y tremendamente regresiva, no puedes arriesgarte a perder tu fe en el proceso. De modo que no te das cuenta, y no te das cuenta que no te das cuenta, y no lo mencionas porque temes tanto que él niegue como que reconozca su rol: si es malo y lo niega, entonces estás loca, y si él es bueno y lo asume, entonces no tienes derecho a estar enojada y tu rabia te vuelve mala, por tanto, es tu culpa y, *voilà*, no tienes derecho a decir nada. Y no le cuentas a nadie porque no quieres que te digan que abandones al analista a quien necesitas irracionalmente.

Crimen Primordial

Que las dificultades y humillaciones de ser paciente permanecen inadvertidas en medio de las gratificaciones (Smith, 2000) de ser analista, crea cierta dificultad personal, aunque también una oportunidad profesional, que no ha sido suficientemente abordada. Quizás la jerarquía moral entre analista y paciente, la dinámica nosotros/ellos, surge en primer lugar de la vergüenza y el estigma de ser paciente. Quizás esta combinación explosiva de poder y vergüenza en la jerarquía analista/paciente tiene algo que ver con las razones por las cuales la traición sexual de los analistas a sus pacientes es un peligro sistémico: no puede sino brotar y salir afuera. Los analistas que sufren de la abyección disociada e inolvidable de haber sido pacientes pueden efectivamente encontrarse induciendo ese mismo sentimiento en sus propios pacientes, con el fin de limpiarse a sí mismos y volverse puros y fuertes. Quizás por eso surge la atracción por este “continuo sutil” de gratificaciones, que, como identificaron Twemlow y Gabbard (1989, p. 72), “nos recuerda que todos nosotros tenemos el potencial para explotar a los pacientes.”

Que el analista sepa, indica otro sutil dilema: la vergüenza profesional. El analista, al

saber, sabe que algo anda mal, que hay algo de lo cual avergonzarse. Pero el acto en el que menos queremos ser atrapados es en el que produce vergüenza. No queremos que los colegas transgredan y, por identificación, nos avergonzamos ante su mala conducta sexual. Más aún, el estado en el que nos aterra ser encontrados es en el de vergüenza. No queremos que nadie sepa que estamos avergonzados porque tener ese sentimiento, como suele suceder en la niñez, significa que *sabemos que estamos haciendo algo malo pero no podemos/queremos dejar de hacerlo*. Como analistas, tenemos conciencia de nuestro problema común (Celenza & Gabbard, 2003), un crimen primordial que no hemos terminado de resolver. Sin embargo, no queremos que este crimen o nuestro conocimiento de él sean públicos, sea dentro de nuestro rubro o de la sociedad en general, por temor a la vergüenza. Con razón que, pese a toda nuestra actual aceptación de falibilidad e incluso egoísmo en los analistas, cuando se trata del crimen primordial de prácticamente todos los institutos analíticos, vale decir, del abuso sexual, no es la curiosidad sino el silencio preventivo y regulador el que prima.

No nos engañemos: el problema no va a desaparecer, así como el incesto tampoco lo hará. Pero tal vez haya un modo de mantener estos impulsos dentro de la mente, de la fantasía y del discurso que nos asegure que, cuando esas infracciones contratransferenciales ocurran, el analista al menos va a saber cómo hablar sobre ellas. Para hacerlo, los analistas deben ser capaces de ubicar al sexo dentro de un contexto relacional. Por mucho tiempo, la sexualidad quedó fuera del radar psicoanalítico, pero podemos estar aliviados de que esté nuevamente a la vista (Green, 1996 1997; MacDougall, 1995; Bach, 1995; Kernberg, 1995; Lesser & Domenici, 1995; *Psychoanalytic Dialogues*, 5(2), 1995; Davies, 1994, 1998, 2003; Stein, 1998; Widlocher, 2001; Fonagy, 2008; Blechner, 2009), porque eso nos permitirá encontrar un lenguaje con el cual abordar nuestra recalcitrante dificultad.

Muchas razones se han esgrimido para explicar este provisorio pero prolongado eclipse: el repudio hacia la ortodoxia reduccionista; el éxito desbocado de la psicología del yo, de la teoría del apego y de las psicologías bipersonales; la incapacidad de la teoría clásica para incorporar nuevos conocimientos sobre el sexo y el género provenientes de las humanidades y el feminismo, etc. Quizás un motivo más es nuestra impotencia colectiva frente a la transgresión familiar: al verse incapaz de resolver este problema refractario, el psicoanálisis simplemente decidió no pensar más sobre sexo. O, teniendo una mirada más benevolente, quizás sólo nos dimos una pequeña pausa; al igual que los artistas, nos alejamos de nuestro trabajo para tener un poco más de perspectiva.

Afortunadamente, el psicoanálisis ha retornado al puerto de donde zarpó.¹⁶ Mucho del pensamiento sobre psicosexualidad que ha resurgido en el último tiempo se ha centrado en reinterpretar la fenomenología, identidad y desarrollo sexuales. Para mí, este reestablecimiento también constituye una oportunidad única para ajustar finamente nuestra decodificación de la contratransferencia erótica, de modo de usar la infracción sexual antes que ésta suceda. Hasta ahora, nuestra manera de prevenir la transgresión sexual ha tomado lo que podríamos denominar una forma superyóica: “no lo hagas.” Como todos los mandatos, sin embargo, éste probablemente intensifica el problema que busca resolver al incitar la culpa y la vergüenza, lo que extrañamente nos empuja a imitar al perpetrador y actuar sin pensar. Para facilitar el trabajo con la contratransferencia sexual sería útil tanto en el contexto clínico como de supervisión, tener algunas ideas y pensar en cómo ciertos deseos que se sienten como prohibidos emergen habitualmente en el tratamiento y son inherentes al proceso subjetivo e intersubjetivo. Lichtenberg (2008, pp. 9–15) sugiere que empleemos lo que yo (Dimen, 2005b) he denominado “el factor Guácale.”¹⁷ si se siente una mezcla de excitación, alarma y asco en respuesta al material sexual o de otro tipo de un paciente, es necesario observar la contratransferencia sexual y reflexionar sobre uno mismo.

El desarrollo de esas ideas excede las necesidades de este artículo y la paciencia del lector, de modo que sólo sugeriré algunos requerimientos claves: (1) localizar la infracción sexual y su negativa dentro de una psicología bipersonal para que pueda formar parte del diálogo clínico entre analista y paciente; (2) una teoría relacional del sujeto como ser psicosexual, para ayudar a los analistas a mantener la sexualidad sistemáticamente en la mente al trabajar con sus pacientes—y con ellos mismos; y (3) una teoría relacional tridimensional sobre la prohibición del incesto que, como ya esbocé en la Parte II, comprenda tanto el deseo de los niños por sus padres como el de los adultos por los niños. Una teoría clínicamente pertinente también mostraría por qué los analistas, al igual que los padres y otros cuidadores, podrían desear sacrificar la inevitable avidez por escenificar lo prohibido. Los analistas han hecho un llamamiento a comportarse como (buenos) padres, a abstenerse de la acción sexual. Pero, para mí, más

¹⁶ Se ha visto obligado a hacerlo diría yo, aunque sin poder discutirlo aquí, por el multiperspectivismo del clima cultural contemporáneo, como dan cuenta el feminismo, las políticas homosexuales, el pensamiento y activismo queer; el descubrimiento de la ubicuidad del maltrato infantil (Rush, 1980; Masson, 1984); las investigaciones sobre las transgresiones sexuales en las relaciones profesionales; y una nueva generosidad psicoanalítica hacia otros cuerpos de pensamiento.

¹⁷ En el original, “the Eew Factor”. Eew es una interjección en inglés que se ocupa cuando algo provoca asco, similar al *guácale* chileno. (N. de la T.)

que una exhortación, sería mejor una redefinición de la abstinencia como el placer que uno puede sentir frente al deseo de otro, lo que brindaría una manera de apreciar los conflictos que los analistas inevitablemente sufren en relación al deseo de sus pacientes y al propio.

El lapsus del Dr. O fue una tormenta perfecta, una desastrosa combinación de error técnico, vacío intelectual y falla moral. Esperaba relatarlo sin cantar una canción de victimización, sin usar mi vergüenza para desacreditarlo a él y ensalzarme yo. Busqué una voz para decir lo indecible, palabras que me ayudaran a pensar a través de lo impensable. Ahora me doy cuenta que el problema tiene un registro adicional: el psicoanálisis merece ser interpretado más allá de la idealización y la demonización, y esa tarea requiere de un escepticismo juicioso (Harris, 1996). Reconozcamos nuestro lapsus colectivo: el psicoanálisis no me protegió a mí ni a otras muchas personas de una traición demasiado común, y este fracaso es tremendamente doloroso. Pero al decir esto también estoy aduciendo que el psicoanálisis puede hacer mejor las cosas. Está lo peor, lo mejor y luego toda una zona cotidiana intermedia en la cual, a pesar de los sentimientos de vergüenza por nuestras fallas y errores personales y colectivos, podemos y deberíamos mantener siempre una actitud autocrítica y nunca dejar de pensar.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F. y French, T. M., con Bacon, C.L, et al. (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.
- Aron, L. (1996), *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bach, S. (1995), *The Language of Perversion and the Language of Love*. Northvale, NJ: Aronson.
- Balmory, M. (1979), *Psychoanalyzing Psychoanalysis: Freud and the Hidden Fault of the Father*, trad. N. Luckacher. Baltimore. MD: Johns Hopkins University Press, 1982.
- Benjamin, J. (1988), *The Bonds of Love*. New York: Pantheon.
- Benjamin, J. (1998), Keynote address. Division 39, April, Boston.
- Benjamin, J. (2006), Two-way streets: Recognition of difference and the intersubjective third. *differences*, 171:116–146
- Bernstein, J. W. (2006), Love, desire, *jouissance*: Two out of three ain't bad. *Psychoanalytic Dialogues*, 16:711–724.
- Bion, W. (1962), A theory of thinking. In: *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*. London: Karnac, 1967, pp. 111–119.
- Blechner, M. (2009), *Sex Changes: Transformations in Society and Psychoanalysis*. New York: Taylor & Francis.
- Boesky, D. (1989), The questions and curiosity of the psychoanalyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37:579–603.
- Boston Change Process Study Group. (2008), Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues*,

18:125–148.

Bowlby, J. (1982), *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.

Brenner, C. (1979), Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27(suppl.):137–157.

Brigandt, I. (2005), The instinct concept of the early Konrad Lorenz. *Journal of the History of Biology*, 38(3):571–608.

Bromberg, P. (1996), *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Buhle, M. J. (1998), *Feminism and Its Discontents: A Century of Struggle with Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Butler, J. (1990), *Gender Trouble*. New York: Routledge.

Cardinale, M. (1975), *The Words to Say It*. Cambridge MA: VanVactor & Goodheart. 1983.

Celenza, A., & Gabbard, G. O. (2003), Analysts who commit sexual boundary violations: A lost cause? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51:617–636.

Chodorow, N. (1996), Reflections on the authority of the past in psychoanalytic thinking. *Psychoanalytic Quarterly*, 65:32–51.

Coles, R. (1998), Psychoanalysis: The American experience. In: *Conflict and culture*, ed. M. Roth. New York: Knopf, pp. 140–150.

Cooper, S. H. (2003), You say Oedipal, I say postOedipal. *Psychoanalytic Dialogues*, 13: 41–63.

Corbett, K. (1993), The mystery of homosexuality. *Psychoanalytic Psychology*, 10:345–58.

Corbett, K. (2009), *Boyhoods*. New Haven, CT: Yale University Press.

Cornell, W. (2009), Loves and losses: Enactments in the disavowal of intimate desires. In: *The Past in the Present: Therapy Enactments and the Return of Trauma*, Ed. D. Mann & V. Cunningham. New York: Routledge, pp. 82–101.

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.

Davies, J. M. (2003), Falling in love with love. *Psychoanalytic Dialogues*, 13:1–27.

Declos, A. [Réage, P.] (1965), *The Story of O*, trans. S. d’Estrée. New York: Ballantine, 1973.

Dimen, M. (1991), Deconstructing difference: Gender, splitting, and transitional space. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(3):337–354.

Dimen, M. (1994). Money, love and hate: Contradiction and paradox in psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 4(1):69–100.

Dimen, M. (2003), *Sexuality, Intimacy, Power*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Dimen, M. (2005a), The hug and the hard-on: Fidelity and psychoanalysis. PEP Conference, “Impediments to loving,” New York, February 25.

Dimen, M. (2005b), Sexuality and suffering, Or the eww! factor. *Studies in Gender & Sexuality*, 6:1–18.

Dimen, M. (2006), “A tale of two kisses,” Division 39, spring meeting, Philadelphia, April.

Dimen-Schein, M. (1977), *The Anthropological Imagination*. New York: McGraw-Hill.

Douglas, M. (1966), *Purity and Danger*. New York: Praeger.

Durkheim, E. (1930), *The Rules of Sociological Method*, ed. G.E.G. Catlin, trans. S. A. Solovay & J. H. Mueller. Glencoe, IL: Free Press.

Ehrenreich, B. (1989), *Fear of Falling: The Inner Life of the Middle Class*. New York: Pantheon.

Eigen, M. (1981), The area of faith in Winnicott, Lacan and Bion. *International Journal of Psychoanalysis*, 62:413–433.

Fairbairn, W. R. D. (1954), Observations on the nature of hysterical states. *British Journal of Medical Psychology*, 27:105–125.

Ferenczi, S. (1933), The confusion of tongues between adults and children. *Contemporary Psychoanalysis*, 24:196–206.

Fonagy, P., with G. Gergely, E. Jurist, & M. Target. (2002), *Affect Regulation, Mentalization*,

- and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2008), A truly developmental theory of sexual enjoyment and its implications for psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56:8–34.
- Foucault, M. (1976), *The History of Sexuality*, Vol. I, trans. R. Hurley. New York: Vintage, 1980.
- Freud, S. (1908), “Civilized” sexual morality and modern nervous illness, *Standard Edition*, 9:177–204. London: Hogarth Press, 1959.
- Freud, S. (1913), Totem and taboo, *Standard Edition*, 13:1–155. London: Hogarth Press, 1955.
- Freud, S. (1924), The dissolution of the Oedipus complex. *Standard Edition*, 19:173–181. London: Hogarth Press, 1961.
- Freud, S. (1937), Analysis terminable and interminable. *Standard Edition*, 23:216–253, London: Hogarth Press, 1964.
- Frosh, S. (1993), The seeds of masculine sexuality. In: *Psychological Perspectives on Sexual Problems*, ed. J. M. Ussher & C. D. Baker. New York: Routledge, pp. 41–55.
- Gabbard, G. (2008), Into a bigger darkness. Unpublished ms.
- Gabbard, G., & Pope, K. (1989), Sexual intimacies after termination: Clinical, ethical, and legal aspects. In: *Sexual Exploitation in Professional Relationships*, ed. G. Gabbard. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 115–128.
- Garber, M. (1991), *Vested Interests*. New York: Routledge.
- Glare, P. (1982), *Oxford Latin Dictionary*. Oxford: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1986), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goldner, V. (2003), “Ironic gender/Authentic sex,” *Studies in Gender & Sexuality*, 4:113–139.
- Green, A. (1996), Has sexuality anything to do with psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 76: 871–883.
- Green, A. (1997), Opening remarks to a discussion of sexuality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77:345–350.
- Guntrip, H. (1973), *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self*. New York: Basic Books.
- Harris, A. (2005), *Gender as Soft Assembly*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Harris, A. (1996). The anxiety in ambiguity: Reply to Brenneis, Crews, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues*, 6:267–279
- Harris, A. (2010), Personal communication, August 11.
- Kernberg, O. (1995), *Love Relations: Normality and Pathology*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Khan, M. (1974), *The Privacy of the Self*. London: Hogarth Press.
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kristeva, J. (1982), *Powers of Horror*, trans. L. Roudiez. New York: Columbia University Press.
- Kristeva, J. (1983), *Tales of Love*, trans. L. S. Roudiez. New York: Columbia University Press.
- Krüll, M. (1979), *Freud and His Father*, trans. A. J. Pomerans. New York: Norton, 1986.
- Lacan, J. (1966), *Écrits*, trans. A. Sheridan. New York: Norton, 1977.
- Lacan, J. (1973) *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*, ed. J-A. Miller, trans. A. Sheridan. New York: Norton, 1980.
- Laplanche, J. (1976), *Life and Death in Psychoanalysis*, trans. J. Mehlman. Annapolis, MD: Johns Hopkins University Press.
- Leary, K. (1994), Psychoanalytic “problems” and postmodern “solutions.” *Psychoanalytic Quarterly*, 63:433–465.
- Lesser, R., & Domenici, T., ed. (1995), *Disorienting Sexuality*. New York: Routledge.
- Levenson, E. (1982), Follow the fox: An inquiry into the vicissitudes of psychoanalytic supervision. *Contemporary Psychoanalysis*, 18:1–15.
- Levenson, E. (1983), *The Ambiguity of Change*. New York: Basic Books.
- Levenson, E. (1994), Beyond countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 30:691–707.
- Lévi-Strauss, C. (1949), *The Elementary Structures of Kinship*. New York: Eyre & Spottiswode, 1969.
- Lichtenberg, J. (2008), *Sensuality and Sexuality across the Divide of Shame*. New York:

- Analytic Press.
- Little, M. I. (1990), *Psychotic Anxieties and Containment: A Personal Record of an Analysis with Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Loewald, H. W. (1979), The waning of the Oedipus Complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27:751–775D.
- McDougall, J. (1995), *The Many Faces of Eros*. New York: Norton.
- Masson, J. (1984), *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Meltzer, D. (1973), *Sexual States of Mind*. Perthshire, Scotland: Clunie, 1979.
- Mitchell, J. (1974), *Psychoanalysis and Feminism: A Radical Reassessment of Freudian Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, J., & Rose, J., eds. (1982), *Feminine Sexuality: Jacques Lacan and l'École Freudienne*, trans. J. Rose. New York: Pantheon.
- Mitchell, S. A. (1997), *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (2000), *Relationality*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Norwood, R. (1985), *Women Who Love Too Much: When You Keep Wishing and Hoping He'll Change*. New York: Pocket Books.
- Ogden, T. (1994), *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson.
- Psychoanalytic Dialogues*. (1995), Sexuality/sexualities. Special Issue, 5(2).
- Pamuk, O. (2005), *Freedom to write*. Trans. Maureen Freely. *New York Review of Books*, 53(9):6–7.
- Rivera, M. (1989), Linking the psychological and the social: Feminism, poststructuralism, and multiple personality. *Dissociation*, 2:24–31.
- Renik, O. (1998), The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 79:487–497.
- Ruddick, S. (1980), Maternal thinking. *Feminist Studies*, 6:342–367.
- Rush, F. (1980), *The Best Kept Secret: Sexual Abuse of Children*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Samuels, A. (1985), Symbolic dimensions of Eros in transference-countertransference. *International Review of Psychoanalysis*, 12:199–214.
- Samuels, A. (1996), From sexual misconduct to social justice. *Psychoanalytic Dialogues*, 6:295–321.
- Schein, S. L. (2009), Personal communication, August 2.
- Schein, S. L. (2010), Personal communication, July 10.
- Slochower, J. (2003), The analyst's secret delinquencies. *Psychoanalytic Dialogues*, 13:451–469.
- Smith, H. F. (2000), Countertransference, conflictual listening, and the analytic object relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48:95–128.
- Stein, M. (1981), The unobjectionable part of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29:869–892.
- Stein, R. (1997), The shame experiences of the analyst. *Progress in Self Psychology*, 13:109–123.
- Stein, R. (1998), The poignant, the excessive and the enigmatic in sexuality. *International Journal of Psychoanalysis*, 79:253–268.
- Stein, R. (2005), Skimming the milk, cajoling the soul: Embodiment and obscenity in sexuality. *Studies in Gender & Sexuality*, 6:19–31.
- Stern, D. (1997), *Courting Surprise*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Strachey, J. (1901), Editor's introduction. In: *The Psychopathology of Everyday Life* by S. Freud. *Standard Edition*, 6:ix–xiv. London: Hogarth Press, 1960.
- Sullivan, H. S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Turner, J. S. (1996), *Encyclopedia of Relationships across the Lifespan*. Santa Barbara, CA: Greenwood.
- Twemlow, S. W., & Gabbard, G. (1989), The lovesick therapist. In: *Sexual Exploitation in Professional Relationships*, ed. G. Gabbard. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp.

71–88.

Widlocher, D., ed. (2001), *Infantile Sexuality and Attachment*, trans. S. Fairfield. New York: Other Press.

Wilner, W. (1998), Interorientation panel on sexuality, relational colloquium series, postdoctoral program in psychotherapy and psychoanalysis, New York University, New York, March 6.

Williams, R. (1961), *The Long Revolution*. London: Chatto & Windus.

Winnicott, D. W. (1953), Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34:89–97.

Winnicott, D. W. (1971), *Playing and Reality*. New York: Penguin.

Winnicott, D. W. (1975), *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: International Universities Press.

Muriel Dimen, Ph.D., es Profesora Clínica Adjunta de Psicología en el Programa de Postdoctorado en Psicoterapia y Psicoanálisis de la Universidad de Nueva York.

Miembro asociado del Instituto de Humanidades de Nueva York, de la Universidad de Nueva York, Muriel Dimen atiende en Manhattan y supervisa en todo el país.

3 East 10th Street, Suite 181

New York, NY 10003

murieldimen@nyu.edu