

EUDEBA (CABA).

Poder para curar poder para dañar.

ORMART, ELIZABETH BEATRIZ.

Cita:

ORMART, ELIZABETH BEATRIZ (2012). *Poder para curar poder para dañar*. CABA: EUDEBA.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/185>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p70c/kSV>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Asignatura

Psicología, ética y derechos humanos

Cátedra

Juan Jorge Michel Fariña

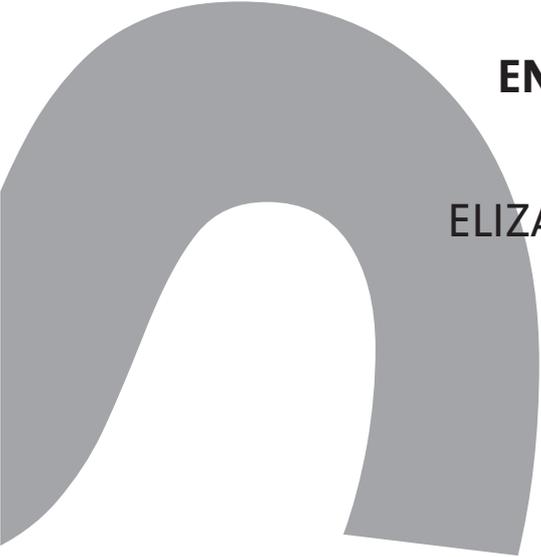
Temática

Deontología de la psicología

**PODER PARA CURAR,
PODER PARA DAÑAR
EL PROBLEMA DE LOS LÍMITES
EN LAS RELACIONES PSICOLÓGICAS**

ELIZABETH B. ORMART





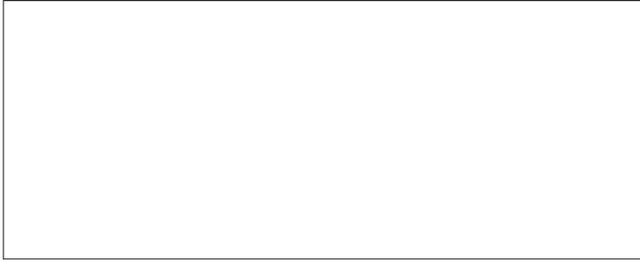
**PODER PARA CURAR,
PODER PARA DAÑAR
EL PROBLEMA
DE LOS LÍMITES
EN LAS RELACIONES
PSICOLÓGICAS**

ELIZABETH B. ORMART

Colección Psicología • Eudeba



Eudeba



Eudeba
Universidad de Buenos Aires

1º edición: septiembre de 2012

© 2012 Eudeba / Colección Psicología • Eudeba

Editorial Universitaria de Buenos Aires
Sociedad de Economía Mixta
Av. Rivadavia 1571/73 (1033) Ciudad de Buenos Aires
Tel: 4383-8025 / Fax: 4383-2202
www.eudeba.com.ar

Diseño de interior y cubierta: *Alessandrini & Salzman*

Impreso en la Argentina
Hecho el depósito que establece la ley 11.723



No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Índice

Prólogo	7
Capítulo 1 Abuso de la transferencia	9
Capítulo 2 La otra cara de la abstinencia, la neutralidad	33
Capítulo 3 El problema de los límites en la clínica psicológica	45
Capítulo 4 Cómo regular el problema de los límites en la clínica psicológica	59
Capítulo 5 Algunas reflexiones finales	69



Prólogo

El presente escrito condensa una extensa investigación que concluyó con la defensa oral y pública de mi tesis de doctorado. En este libro busco transmitir en un lenguaje accesible algunos de los problemas que enfrentan los psicólogos cuando se encuentran en la clínica con un paciente. En él encontrarán referencias teóricas y empíricas que intentan poner en tela de juicio las intuiciones morales y prejuicios que funcionan muchas veces como obstáculos para abordar desde sus bases éticas la clínica.

¿Cuál es el límite en la relación terapeuta-paciente? ¿Puede un psicólogo tomar un café con una paciente, ir a su cumpleaños, tener una cita? ¿Puede enamorarse y decidir dejar de ser su terapeuta? El terreno de la posibilidad es infinito, pero nuestro interés aquí no se centra en lo posible sino en lo correcto. ¿Cuál debería ser la brújula que oriente al psicólogo en su operatoria clínica?

La cuestión no se reduce aquí a establecer si el psicólogo es o no una persona con sentimientos y necesidades afectivas. Sino en pensar si más allá de la moralina romántica, el psicólogo es capaz de actuar desde una función, haciendo una *epojé* de aquellos elementos que lo desvíen de su lugar en la clínica.

Los sentimientos que el psicólogo alberga por su paciente, ¿tienen que ser objeto de tratamiento terapéutico en el espacio destinado para el paciente? El psicólogo, ¿debe confiar las fantasías y deseos que el paciente le provoca o debe ser el confidente de los ensueños y aspiraciones de los pacientes? ¿Es la contra-transferencia un aporte del psicoanálisis o una desviación del mismo?

La relación asimétrica que conlleva la clínica psicoanalítica le otorga al psicólogo un poder de orientación y decisión sobre la vida de su paciente. El poder de la transferencia puede ser utilizado para curar, pero esta poderosa herramienta puede funcionar para la manipulación y el abuso. En ese caso, los pacientes re-

sultan seriamente dañados a causa de ella. ¿En qué sentido debe este poder ser utilizado? ¿Cuáles son los límites de la influencia sugestiva del terapeuta sobre el paciente?

Estos son algunos de los interrogantes que se abren en el texto. Para responderlos hemos recurrido no sólo al marco teórico del psicoanálisis, sino también a la normativa legal en la que se encuadra el ejercicio de la psicología en Argentina, y a los códigos de ética de los Colegios de psicólogos y de las Asociaciones profesionales de la psicología, que si bien no prescriben, orientan a los profesionales acerca de las exigencias deontológicas de la profesión. Esto nos lleva a algunas consideraciones acerca de la posibilidad de elaborar un Código de Ética compartido y en el que se plasmen los saberes deontológicos sobre los límites del accionar del psicólogo en la clínica.

Capítulo 1

Abuso de la transferencia

Este primer nudo, entonces, sitúa la transferencia como condición de apertura de la vida psíquica para un posible despliegue, el poder como puro riesgo de abuso iatrogénico, la ética como límite imprescindible para que el poder no ejerza la influencia deletérea del abuso.

IGNACIO LEWKOWICZ

1.1 La polémica mediática en la Argentina

Es interesante constatar que sólo en las últimas décadas – tanto en la literatura profesional de la psicología como en los medios de comunicación– haya una clara preocupación por la violación de los límites en la relación terapéutica. Dicho interés responde, entre otros factores, al hecho fáctico de que las formas de abuso de la transferencia, bajo la modalidad del aprovechamiento sexual o económico, han sido motivo de juicios de mala praxis psicológica en Argentina.¹ Esto puso sobre el tapete el pro-

1. Se puede seguir el debate en los medios gráficos consultando los siguientes artículos:

Abiad, Pablo: “Condenan a una psicóloga por “enamorar” a un paciente”, en *Clarín*, 16 de marzo del 2004, sección “Sociedad”.

Gorostiza, Leonardo: “¿El psicoanálisis está bajo amenaza?”, en *Clarín*, 5 de abril de 2004, sección “Debate”.

Homen, Andrea E.: “Abusos de transferencia”, en www.psyché-navegante.com, Nro. 89, octubre de 2009.

Folgarait, Alejandra: “Polémica por mala praxis”, en Revista *Noticias*, Año XXII, Nro. 1423, edición del 03 de abril de 2004.

blema de los límites de la relación terapeuta-paciente y los abusos de poder a los que el atravesamiento de estos límites conlleva.

Argentina es el país que tiene más cantidad de terapeutas por habitantes. Según datos de los ministerios de Salud y Educación, hay alrededor de 60 mil psicólogos egresados, de los cuales se calcula que hoy son 35.000 los que están en ejercicio. Según estimaciones de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA), sólo en la Ciudad de Buenos Aires viven y trabajan 20 mil.

Uno de los pocos casos judicializados y con sentencia, del año 2004, es el de una psicóloga que mantenía relaciones sexuales con un paciente de 17 años, quien se había acercado al consultorio por un problema de drogas. Cuando el romance finalizó y ella lo dejó, el adolescente había desmejorado en forma notable. En la pericia psicológica que ordenaron los jueces, se relevó que el joven “perdió las esperanzas de ser ayudado profesionalmente, lo cual significa un riesgo actual de quedar estancado en su desarrollo psíquico y recaer en conductas adictivas”. Los camaristas –Jorge Escuti Pizarro, Ana Luaces y Hugo Molteni– no fundaron su decisión judicial en razones morales, sino en consideraciones de orden jurídico. Utilizaron una serie de artículos del Código Civil: los que hablan de la responsabilidad profesional, negligencia y omisión de cuidados de quien tiene un deber sobre la salud de otro, para juzgar a la terapeuta y condenarla a pagar 28.000 pesos. Este expediente fue considerado por los jueces como un caso de “abuso de transferencia”. Con esta designación técnica, se suele hacer referencia –de acuerdo a la definición recogida en el fallo– al “elemento afectivo, en el contrato psicoterapéutico, sustentado en el vínculo respecto del cual el paciente transfiere

Manuli, Gabriela: “Las denuncias por mala praxis psicológica evidencian el vacío legal de la profesión”, en *Diario Perfil*, edición del 18 de febrero de 2007, sección “Debate”.

al terapeuta los sentimientos y las sensaciones afectivas de su entorno en la etapa infantil, que no son otros que los paternas”.

Al mencionado caso se le sumó con posterioridad otro, de aprovechamiento de la transferencia de índole económico. En el 2006, se dio a conocer un fallo que dictó la Sala G de la Cámara Nacional en lo Civil contra un psicoanalista que trató durante 30 años a una mujer a la que le cobró 75.000 dólares en concepto de 3 años y medio de terapia por adelantado, a razón de U\$S 200 la sesión. A este psicólogo se lo sentenció a devolverle el dinero a su paciente y a indemnizarla con 20.000 pesos por “daño moral”. Bajo esta figura se acogieron los juristas para acusar al psicoanalista por su proceder.

La problemática que describen los medios es sólo la punta del iceberg. Ambos casos, ponen sobre el tapete el problema de los límites en la relación psicoterapéutica. Este tema se presenta vinculado al abuso en la relación transferencial. Mediante la transferencia, la persona del terapeuta es investida libidinalmente, se proyectan sobre él sentimientos y afectos originados en los primeros vínculos con los otros significativos (padre, madre, hermanos y hermanas). El uso que el terapeuta hace del poder que confiere la transferencia, determina en gran medida las bases éticas sobre las que se apoya la práctica clínica. Es el poder puesto al servicio de la cura o, como vemos en estos casos, el poder para dañar al paciente.

El psicólogo está doblemente determinado en su proceder profesional: por un lado, por el conjunto de principios deontológicos que determinan su práctica y el campo jurídico, que establece las obligaciones a las que la ley social lo somete en su carácter de profesional de la salud. En segunda instancia, las consideraciones propias de la clínica psicológica, que lo conminan a decidir desde la ética profesional las tácticas y estrategias que mejor orienten la cura del paciente. Ambos campos no se agotan en su propio discurso, sino que están llamados a interceptarse. El segundo de estos campos suplementa al primero, aportando a la lógica general que guía la práctica psicológica la consideración

de la dimensión ético-clínica que aborda la singularidad de cada caso.

1.2 Los principios deontológicos planetarios de la práctica psicológica

En la ‘Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogas y Psicólogos’ (*Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists*, 2008), promulgada por la Unión Internacional de Ciencia Psicológica y la Asociación Internacional de Psicología Aplicada en junio del año 2008, se postulan una serie de principios que rastrean un común denominador de los Códigos de Ética de los diferentes países. De estos cuatro principios, tres de ellos: la competencia, la integridad y la responsabilidad profesional hacen referencia a las capacidades que tienen que poner en juego los terapeutas para evitar prácticas de abuso de la transferencia.

- Respeto por la dignidad de las personas y los pueblos
- Cuidado competente del bienestar de los otros
- Integridad
- Responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad.

La Asociación Mundial de Psiquiatría, por su parte, señala en su *Declaración de Hawái* (1977) que: “El psiquiatra no deberá utilizar nunca las posibilidades de la profesión para maltratar individuos o grupos, y deberá preocuparse de no permitir nunca que deseos personales inapropiados, sentimientos o prejuicios, interfieran con el tratamiento”.² En una posterior revisión en Viena (1983), este párrafo se redacta de la siguiente manera: “El

2. *Declaración de Hawái*, Asociación Mundial de Psiquiatría, 1977. (Revisión: Viena, 1983.)

psiquiatra nunca debe utilizar sus recursos profesionales para violar la dignidad o los derechos humanos de ningún individuo o grupo, y no debe nunca dejar que sus sentimientos, prejuicios, creencias o deseos personales, interfieran con el tratamiento”. Por último, en la *Declaración de Madrid* (1996), actualmente vigente, se dice: “Los psiquiatras deben, en todo momento, tener en cuenta las fronteras de la relación psiquiatra-paciente, y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad”.³

Estas declaraciones de principios sirven de marco normativo internacional para guiar la práctica profesional de los profesionales de la salud mental. Sin embargo, son muy generales, y no tratan puntualmente la vinculación de índole extra-profesional entre terapeuta y paciente.

1.3 El Código de la *American Psychological Association*

1.3.1 *El aprovechamiento en el vínculo terapéutico*

En un nivel de mayor concreción se encuentra el Código de American Psychological Association (APA 2002) que resulta realizar el tratamiento más pormenorizado de ésta problemática.

“...los psicólogos no se aprovechan de aquellas personas sobre quienes tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como clientes/pacientes, estudiantes, supervisados, participantes en investigaciones y empleados.”

El aprovechamiento supone que el terapeuta encuentra una retribución por su trabajo que excede sus honorarios y por consiguiente, su objetivo no se agota en la orientación del paciente hacia su mejoría sino en la obtención de un beneficio personal.

3. *Declaración de Madrid*, Asociación Mundial de Psiquiatría, 1996.

Sobre la cuestión del aprovechamiento sexual del vínculo terapéutico, el Código de la APA puntualiza diferentes situaciones, considerándolas todas ellas como contrarias a la ética. Ellas son: involucración sexual con un paciente actual, con un pariente cercano del paciente, con un ex paciente y, finalmente, imposibilidad de tomar como paciente a un ex partenaire sexual.

“Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con clientes/pacientes actuales de terapia. [...] Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con individuos que saben que son parientes cercanos, tutores, o que tienen algún otro vínculo significativo con clientes/pacientes actuales. Los psicólogos no finalizan la terapia para eludir esta norma. [...] Los psicólogos no aceptan como clientes/pacientes de terapia a personas con las cuales han tenido intimidad sexual.”

1.3.2 La normativa sobre ex pacientes

El caso de la intimidad sexual con ex-clientes/pacientes de terapia requiere un tratamiento especial. El Código de la APA es el primero en dar entrada a esta cuestión, que resulta sumamente interesante por el pormenorizado tratamiento que realiza. ¿Por qué el terapeuta no puede establecer un vínculo amoroso con un ex paciente? ¿Cuál es el fundamento teórico que sostiene esta prohibición?

En la Anotaciones de 1988, la APA sostiene que:

“La actividad sexual con un paciente es antiética. La vinculación sexual con un ex paciente generalmente explota las emociones derivadas del tratamiento, y por lo tanto es casi siempre anti-ética”

En el Código de APA de 1992 y en la reformulación que se realizara en el 2002, la referencia a la involucración sexual con un paciente es más extensa y detallada. De este modo:

“(a) Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con ex-clientes/pacientes durante al menos dos años después de la interrupción o finalización de la terapia.

(b) Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con ex-clientes/pacientes aún después de un intervalo de dos años, salvo en circunstancias excepcionales. Los psicólogos que se involucran en tal actividad después de dos años de la interrupción o finalización de la terapia y no hayan tenido ningún contacto sexual con el ex-cliente/paciente, tienen la obligación de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores pertinentes, que incluyen (1) el lapso de tiempo transcurrido desde la finalización de la terapia; (2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; (3) las circunstancias de finalización; (4) la historia personal del cliente/paciente; (5) el estado mental actual del cliente/paciente; (6) la probabilidad de impacto adverso sobre el cliente/paciente; y (7) cualquier declaración o acción llevada adelante por el terapeuta durante el curso de la terapia, sugiriendo o invitando la posibilidad de una relación sexual o sentimental con el cliente/paciente luego de finalizado el tratamiento.”

El código en este caso, no califica de anti-ética la vinculación con un ex paciente sino que entrega al psicólogo una enumeración de siete factores que él mismo deberá ponderar, para decidir si comenzar o no una relación de otra índole con una ex paciente luego de haber pasado el plazo de dos años, considerado el tiempo que lleva atravesar un proceso de duelo normal.

La consideración de estos siete factores, si bien no prohíbe, limita y busca que el terapeuta desestime el comienzo de una relación amorosa con un/a ex paciente. Esta cláusula, no aparece en otros códigos profesionales. Ya que el vínculo íntimo y transferencial que se establece en una terapia es propio de ella. La naturaleza de este vínculo será desarrollada en detalle a raíz de la descripción freudiana de las bases ético-clínicas de la terapia.

1.4 *Leyes y códigos éticos de la República Argentina*

La ley 23.277, que rige el ejercicio de la psicología en la Argentina, no prohíbe expresamente las relaciones sexuales o amistosas entre terapeuta y paciente.

El nuevo art. 119 del Código Penal (citado por Viar, J.P.), define la figura base de abuso sexual en relación a nuestro tema: "... cuando mediare abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad o de poder, o aprovechándose de que la víctima, por cualquier causa, no haya podido consentir libremente la acción". Las acciones resarcitorias, además de la posible condena penal, podrían corresponder (por daños y perjuicios) no sólo a la víctima sino a los familiares, incluido el cónyuge.

El código Civil no hace referencia explícita a la prohibición de mantener relaciones sexuales entre terapeutas y pacientes. Se puede imputar la transgresión del Código Civil de forma indirecta, tal como señalamos en el punto anterior, bajo la figura de negligencia, fallas en la responsabilidad profesional, daño moral u omisión de cuidados de un prestador de salud.

En la Argentina existen actualmente dos códigos deontológicos, de vigencia en todo el territorio: el 'Protocolo de Acuerdo Marco de Principios Éticos para el Ejercicio Profesional de los Psicólogos', del MERCOSUR y países asociados, aprobado en Santiago de Chile, en el año 1997, y el 'Código de Ética de los Psicólogos de la República Argentina', de alcance nacional, establecido dos años después, que ratifica y amplía el anterior (FePRA, 1999). El primero es de carácter regional, y el segundo, nacional. De todos modos, ambos documentos tienen un valor orientativo, en razón de que continúan vigentes los códigos deontológicos provinciales establecidos por colegios de ley y los códigos de las diversas asociaciones de psicólogos.

En relación con los Códigos de Ética que rigen la conducta de los psicólogos de la República Argentina, en una investigación

previa⁴, hemos consultado trece códigos promulgados por Colegios de Psicólogos y Asociaciones psicológicas:

- Alcance nacional (Federación de Psicólogos de la República Argentina)
- Alcance provincial (Provincias de Buenos Aires, Chaco, Chubut, Córdoba, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, San Juan, Santiago del Estero, Tucumán)
- Alcance municipal (Ciudad de Buenos Aires)

En los códigos consultados encontramos los siguientes porcentajes de referencias a dos formas de tratamiento del problema de los límites en las relaciones psico-terapéuticas:

Referencia en los códigos	Límites de la relación			Deberes del psicólogo con el paciente
	Diversas formas de explotación	Aprovechamiento sexual	Relaciones múltiples	
Presencia	31%	23%	38%	77%

En el código de FEPPRA, un artículo hace referencia a la necesidad de que el psicólogo use el poder que tiene sobre el paciente sólo a los fines del tratamiento. De modo que:

“3.1.1 - Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan frente a sus consultantes y no podrán hacer uso de su influencia más que con fines benéficos para estos.”

4. En la investigación realizada para la culminación de mi doctorado, titulado “Abstinencia y neutralidad: representaciones y códigos de ética”, se han consultado los códigos de ética de Argentina.

Específicamente, la cuestión de la abstinencia de relaciones sexuales entre terapeuta y paciente es tratada como un apartado especial en algunos códigos, y en otros casos ni siquiera es mencionado el tema. Podemos observar que la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) y el Colegio de Psicólogos de Chubut que comparten el mismo código, tienen un apartado específico sobre el tema subtítuloado “acoso sexual”. Así también, la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA) dedica el punto 3.1.6 a la prohibición de mantener relaciones con pacientes actuales, aunque no le otorga un capítulo especial a su tratamiento.

En Argentina, los códigos prohíben las relaciones amorosas con pacientes actuales, pero existe un vacío deontológico en torno a los ex pacientes. Se sostiene la imposibilidad de comenzar una relación terapéutica con compañeros sexuales anteriores; sin embargo, no se analiza la situación inversa. Salvo en el código de Misiones, en el que ante la mutua atracción se sugiere la derivación a otro profesional, pero sin aclarar qué ocurre luego de la derivación. En el art. 6 se plantea que: “c) si surgiera una relación afectiva importante entre paciente y terapeuta, este deberá realizar una derivación del paciente a otros profesionales.”

Los desarrollos planteados en los Códigos encuentran un tratamiento pormenorizado en la obra de Sigmund Freud. El padre del psicoanálisis ha dedicado una buena parte de sus llamados escritos técnicos a explicar los motivos por los cuales resulta inadecuado para el tratamiento psicológico mantener vínculos de otra índole con los pacientes. Resultan centrales los conceptos de transferencia, contra-transferencia y abstinencia, para comprender la modalidad de vínculo que contrae una paciente con un psicólogo. El nivel de profundidad y la extensión que tienen estos desarrollos en la obra freudiana merecen ser explicitados en el siguiente apartado.

Algunos autores, ajenos al ámbito psicoanalítico señalan que es innecesario recurrir a los conceptos de transferencia y contra-transferencia para explicar la violación de límites sexuales en la relación terapéutica. Inclusive, Malmquist, C. y Notman, M. (2001) sostienen que el concepto de transferencia carece de las caracterís-

ticas necesarias para ser considerado científico, y que utilizarlo con fines administrativos o judiciales provoca confusiones y equívocos.

Mi posición es que las nociones y desarrollos psicoanalíticos poseen una riqueza conceptual que invita a un tratamiento desde la complejidad, y suponen un abordaje epistemológico que supera el reduccionismo positivista. La científicidad de los conceptos psicoanalíticos no está dada por su simplicidad sino por su enorme poder explicativo. Este es el caso del concepto de “abstinencia”, que desarrollaremos a continuación.

1.5 Las dimensiones freudianas de la abstinencia a la luz de los códigos deontológicos

La abstinencia consiste, en términos freudianos, en negar al paciente lo que éste demanda. En este mismo sentido, Lacan sostiene que es por medio de la demanda que se abre el pasado de los pacientes. El analista, al privar al paciente de aquello que le demanda, al frustrar al paciente, hace posible la regresión analítica. Por esta vía, lo que se pone en juego es el relato del pasado del paciente, que se actualiza en la demanda actual al analista. Esta demanda es en última instancia demanda de amor. Esto trae al análisis diversos problemas, entre los que se ha popularizado el enamoramiento entre paciente y terapeuta.

Sin embargo, el constructo “abstinencia” no puede ser sintetizado en una definición. Es necesario visualizar diferentes aspectos o dimensiones contenidas en él. En otros escritos (Ormart, 2003, 2006) hemos referido que a lo largo de la obra de Freud podemos situar cuatro dimensiones de la abstinencia:

Diagrama 1: Dimensiones de la abstinencia en Freud**FALTA IMAGEN**

La posición asimétrica señalada por los Códigos se encuentra, desde la lectura de Freud, enmarcada por la llamada “opacidad del analista”, posición que es posible por la atención flotante y la neutralidad del lado del analista, y la regla fundamental y la abstinencia del lado del paciente.

Otra de las dimensiones de la abstinencia presente en la obra de Freud es lo que llamamos “la fuerza de la privación”, esto es, la necesidad de privar a la paciente en su demanda amorosa, y a partir de esta privación utilizar esta fuerza pulsionante para la cura. Freud propone no satisfacer a la paciente necesitada de amor. Utilizar la necesidad como fuerza pulsionante del trabajo analítico. No es el amor suscitado por la relación transferencial lo que permite el trabajo analítico con el paciente, sino que la privación de la satisfacción es la que conduce a la cura. En este sentido, es preciso evitar los vínculos amorosos entre terapeutas y pacientes, porque en la satisfacción de estos se atenta directamente contra el tratamiento.

En consonancia con el planteo freudiano el código de FEPPA sostiene:

“3.1.3 - Los psicólogos evitarán establecer relaciones que desvíen o interfieran los objetivos por los que fueran requeridos sus servicios. | 3.1.4 - Los psicólogos no recibirán otra retribución por su práctica más que sus honorarios. No buscarán otras gratificaciones de índole material o afectiva, ni deberán hacer uso de la relación profesional para el logro de fines ajenos a la misma. [...] 3.1.6 - Los psicólogos no se involucrarán sexualmente con consultantes actuales de sus prácticas profesionales. | 3.1.7 - Los psicólogos no aceptarán como con-

sultantes a personas con las cuales han mantenido vínculos sexuales, afectivos, comerciales, laborales o de otra índole, que pudieran afectar de manera negativa el objetivo primordial de su práctica.”

Los fines que guían al psicólogo deben ser los fines del tratamiento. La cura es la que marca el imperativo ético, no las necesidades personales, afectivas o económicas de terapeutas.

El código de Jujuy no hace alusión directa a la vinculación sexual, pero señala de un modo más general que el terapeuta no puede obtener beneficios de ninguna índole a partir de la relación terapéutica, y que sólo debe procurar obtener los fines propios de la terapia, esto es la cura del paciente. Esto es expresado del siguiente modo:

“Artículo 19 - Constituye falta de ética hacer uso de la relación profesional con los consultantes para el logro de fines ajenos a la misma.”

El artículo 6 del Código de Misiones especifica claramente qué se supone que son desviaciones del vínculo psicoterapéutico, y sostiene que:

“Dado que en la relación psicoterapéutica, a diferencia de otras profesiones, cualquier tipo de relación que surge entre el profesional y el paciente puede eventualmente atentar contra el objetivo terapéutico que se persigue, el psicólogo deberá velar porque dicha relación se mantenga dentro de los límites estrictamente profesionales; ello implica: a) la única retribución que el profesional reciba por sus servicios, serán los honorarios. No podrá percibir otras gratificaciones de índole material o afectiva; b) Deberá velar por los aspectos más maduros del paciente y cuidar que la dependencia no se profundice ni se extienda más allá de lo necesario. Cuidará

de no otorgar al paciente otras gratificaciones que no sean las inherentes al proceso terapéutico.”

Queda en este último punto expresada en términos freudianos la abstinencia en tanto privación de otras gratificaciones. Freud sostiene que dada la situación de una mutua atracción entre el terapeuta y el paciente, la derivación a otro profesional no es el camino correcto, pues lo único que se logra es empujar a la paciente a la actualización del amor transferencial con otro partenaire.

“...la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia, [...] hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados...”
(Freud, 1919:158)

Esta cuestión es largamente tratada por Freud en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1914a) quien sostiene que el psicólogo no debe derivar a la paciente, sino operar desde la abstinencia. Sin embargo, en este punto algunos códigos se separan del planteo freudiano. Tal es el caso del código del Colegio de Psicólogos de Misiones y el de FEPR, que sugieren explícitamente la derivación. Para comprender la divergencia en este punto, será necesario incluir en nuestro planteo los dos aspectos que se encuentran convocados y enlazados en la clínica psicológica: la dimensión del individuo y la del sujeto.

Las nociones de ‘individuo’ y ‘sujeto’ son centrales a la hora de pensar la práctica clínica, pues según cómo se posicione el terapeuta en relación con este tema, será la práctica que produzca. Como veremos a continuación, existen prácticas clínicas en las

que el paciente es tratado en términos de individuo y, por lo tanto, se deja de lado sus aspectos inconscientes y pulsionales. Reconocer al paciente como individuo supone aceptar sus derechos y obligaciones. Considerarlo conciente, libre, autónomo y capaz de consentir un tratamiento psicológico.

El sujeto del inconsciente es el aporte que introduce la terapia freudiana. Si bien otras terapias no desconocen el inconsciente, reservan esta acepción para lo no-consciente; es decir, para lo que Freud llamaba pre-consciente. Lo 'inconsciente' freudiano tiene otro alcance que lo 'inconsciente' para las terapias no analíticas. El inconsciente freudiano incluye lo pulsional, que está ausente en lo que las terapias no analíticas llaman inconsciente.

Hecha esta diferenciación, tendríamos que decir que, desde la perspectiva de la clínica de dos individuos, es comprensible la sugerencia de derivar al paciente, para no caer en un acto de mala praxis e inclusive, se podría sostener la posibilidad de comenzar una relación de índole extra-profesional luego de finalizado el contrato terapéutico. Sin embargo, cuando se trata del sujeto del inconsciente, en tanto que el inconsciente es atemporal, resulta inadecuada la sugerencia de derivar, ya que los conflictos que se actualizaron en la terapia bajo la transferencia se volverán a actualizar una y otra vez, en los vínculos intersubjetivos.

Otro concepto paralelo al de abstinencia, resulta la neutralidad, ya que una garantiza a la otra. Sobre esta cuestión nos detendremos en el segundo capítulo.

1.6 Resultados de la investigación

Se ha llevado adelante una encuesta a 304 psicoterapeutas pertenecientes a Capital Federal, incluyendo psicólogos y psiquiatras que se desempeñan en forma privada o en instituciones asistenciales. La investigación, que dio lugar a las entrevistas realizadas a profesionales de la salud mental fue dirigida por Juan Michel Fari-

ña ⁵ y arroja resultados acerca de las representaciones que tienen los terapeutas en torno a los límites en la relación. Las entrevistas contenían un set de diez situaciones dilemáticas, que abordaban diferentes capítulos de la práctica profesional. Para este trabajo hemos considerado solamente dos, que abordan el problema de la atracción sexual entre un terapeuta y su paciente, y un ex paciente, respectivamente:

1. Un terapeuta se siente fuertemente atraído por su paciente y percibe que su sentimiento es correspondido. ¿Qué debería hacer ante esto y por qué?
2. Un terapeuta se encuentra con su ex paciente en una reunión social. Se produce entre ellos una intensa atracción y se dan las condiciones para iniciar la relación amorosa. ¿Qué debería hacer el terapeuta ante esto y por qué?

Quisiera que nos detengamos un momento en la descripción cuantitativa de la muestra.⁶ Dentro de la muestra compuesta por médicos psicoanalistas y psicólogos distinguimos:

	Psicólogos	Médicos
Edad	32,6 % hasta 30 años	79,6 % mayores de 41 años
Sexo	88,42 % mujeres	
	Mayor población femenina a menor edad	

5. "Concepciones éticas en la práctica profesional psicológica. Un estudio explicativo", UBACyT TP 015, 1998-2000. Integrantes del equipo de investigación: Gabriela Z. Salomone, Miguel Malagrega y Carlos Gutiérrez. Muestra y cuestionario piloto: 102 terapeutas. Muestra y cuestionario final: 379 terapeutas. Muestra testigo: 304 terapeutas.

6. Datos extraídos de la tesis final de maestría del Lic. Miguel Malagrega, integrante del equipo de investigación UBACyT.

Inserción laboral	76,8 % Práctica institucional	90,3 % sector privado
	20 % exclusivamente institucional	7,9 % exclusivamente institucional
	A mayor edad mayor inserción privada	
Experiencia	65.91 % con 21 años de experiencia o más	
Marco teórico	Psicoanalistas 44,34% freudianos	Psicoanalistas 52,38% freudianos
	43,47% lacanianos	20,95% lacanianos
	Prevalencia de lacanianos entre los más jóvenes	

En cuanto a las representaciones de los terapeutas en relación con los límites de la relación, las respuestas tendientes a señalar la imposibilidad de concomitancia entre el vínculo terapéutico y el vínculo amoroso son del 77,6% de la muestra, ya que, según señalan los entrevistados, conlleva una situación de “abuso de poder”, situación que es presentada como la matriz de las relaciones de acoso y aprovechamiento sexual. No sólo en el área clínica, sino en todas aquellas situaciones en las que se vinculan personas que se encuentren en una situación de asimetría. Aquí ubicamos lo que los códigos llaman relaciones de explotación:

“a) Los psicólogos no se aprovechan de las personas sobre las cuales tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes de investigación, y clientes o pacientes.” (APBA)

“3.1.1 - Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan frente a sus consultantes y no podrán hacer uso de su influencia más que con fines benéficos para estos.” (FEPPRA)

La cuestión de la posición asimétrica puede ser abordada desde dos ángulos diferentes. Por un lado, desde el punto de vista de lo que llamamos la dimensión del individuo, en la que dos individuos se involucran en un contrato cumpliendo en el mismo diferentes roles. La asimetría de roles es en este caso propia del tipo de vínculo profesional que se establece. Esta relación asimétrica no es privativa de la terapia, sino que se da en diferentes profesiones como la medicina y la docencia, entre otras. En las respuestas de los psicoterapeutas encontramos dos posiciones claramente opuestas. Por un lado, quienes sostienen que paciente y terapeuta son dos personas que pueden suspender el vínculo terapéutico que los une y en su lugar dar rienda suelta a la mutua atracción. Lo que supondría abandonar la posición asimétrica propia de contrato terapéutico. Esta posición se exagera aún más en el caso de que se trate de un ex paciente, caso en el que disuelto el contrato terapéutico, de hecho no hay otro impedimento para comenzar la relación. No hay en este sentido diferencia entre la transferencia analítica y la de otras profesiones. Esto supone que la suspensión formal del contrato deja sin efecto las obligaciones a las que suscribieron los contrayentes.

En la otra vereda, se encuentran los terapeutas que señalan que la cuestión no se dirime en este nivel y apelan a lo que ubicamos en el segundo nivel de análisis, en el que se involucran otras cuestiones como la transferencia y la contra-transferencia, lo que más arriba llamamos la 'dimensión del sujeto'. En este caso, la suspensión del contrato terapéutico no deja sin efecto las obligaciones contraídas, ya que luego de abandonado el tratamiento hay restos transferenciales que siguen actuando aunque se suspenda el tratamiento. Sin embargo, aunque cerca del 88 % de la muestra está constituida por analistas, sólo el 7,2 % pone reparos en comenzar una relación con un ex paciente.

Esto supone no considerar la particular naturaleza de la terapia, ni involucrar en el tratamiento al paciente y al terapeuta, en tanto sujetos del inconsciente.

La consideración de los restos transferenciales implica extender la responsabilidad profesional a lo que llamamos ‘responsabilidad subjetiva’.⁷ La responsabilidad subjetiva excede la responsabilidad legal y moral de los individuos que suscriben el contrato. La responsabilidad legal se desprende de las obligaciones que emergen del contrato formal. En virtud de ellas el terapeuta puede ser imputado por mala praxis si no cumple con sus obligaciones. La responsabilidad subjetiva, en cambio, tiene un alcance mayor, es el llamado a responder por nuestros deseos inconscientes, en tanto pacientes y en tanto terapeutas. Es en este nivel en el que podemos responsabilizarnos, en tanto terapeutas, por el comienzo de una relación amorosa con un ex paciente. En la muestra analizada, encontramos que el 42,9 % de la muestra se confiesa a favor de comenzar un relación amorosa con un/una ex paciente. Mientras que sólo el 9,2 % se opone. Hay un gran desconocimiento de los planteos teóricos freudianos, insisto, aunque la mayoría de la muestra se sitúa como analista.

Es preciso discriminar entre el tratamiento teórico que reciben los conceptos de transferencia, contra-transferencia y los restos transferenciales en la teoría psicoanalítica, y lo que efectivamente aparece en las respuestas de los profesionales.

7. El concepto de ‘responsabilidad subjetiva’ se desprende del tratamiento que realiza Freud en el escrito de 1925 *Sobre la responsabilidad moral por el contenido de los sueños*. Freud se pregunta sobre la implicación del sujeto en el contenido del sueño: ¿el sujeto debe sentirse responsable? El contenido latente de la mayoría de los sueños está hecho de la realización de deseos inmorales, y Freud considera responsable al sujeto por el contenido de sus sueños, en tanto que éstos son manifestaciones de sus deseos inconscientes. Al respecto sostiene Jacques Alan Miller (2008): “Analíticamente lo inmoral es una parte de nuestro ser. Nuestro ser incluye no solo la parte de la que estamos orgullosos, que mostramos en la tribuna o en el tribunal, la parte admirable que constituye el honor de la humanidad, sino también la parte horrible. No solamente “honor” sino también “horror”. Al menos esto es lo que el psicoanálisis ha agregado a la idea de nuestro ser.”

1.7 Conclusiones

Existen fundamentos teóricos para sostener que mantener relaciones sexuales con pacientes o ex pacientes es incorrecto y constituye una falla ética. Sin embargo, existen vacíos deontológicos presentes en los Códigos de Ética de los Colegios de Psicólogos, así como un vacío legal que no fija expresamente la prohibición de mantener un vínculo amoroso con pacientes o ex pacientes. Esta situación explica –aunque no justifica– los resultados observados en la muestra de terapeutas. Al tiempo que permite comprender la reincidencia de casos de mala praxis psicológica por abuso transferencial.

Sin embargo, la solución no es sencilla. Según nos relata la revista *Psychology Today*, luego de penalizar el delito de aprovechamiento sexual en los Estados Unidos se han observado consecuencias complejas:

“Por una parte, se reconoce en ello su poder disuasivo; por otra, la penalización estimula un mayor ocultamiento, las demandas disminuyen (porque la cárcel no es frecuentemente el castigo que el paciente desea para el profesional), el logro de una compensación económica para las víctimas se hace más difícil (pues las compañías de seguro no cubren las demandas criminales) y los juicios se prolongan (porque la acusación pasa a manos de un fiscal con otras prioridades).”

En este punto se hace necesario considerar la importancia que tiene la explicitación de éstas conductas como censurables desde la dimensión normativa y legal. Sin embargo, la cuestión no se agota aquí. A esta dimensión se le debe sumar la formación ético-clínica de los futuros profesionales.

Los alumnos universitarios deben recibir una formación técnica pero también ética. Esta última resulta todo un desafío, ya que los universitarios ya vienen con una serie de valores éticos. Sin embargo, en el plano profesional es necesario que adquieran

ciertos principios que rijan su desempeño, los cuales exceden la formación personal previa.

Comprender la naturaleza de la relación clínica, el tipo de vínculo que se establece con el terapeuta y el lugar que éste viene a ocupar en la vida psíquica del o la paciente, resulta central para justipreciar la responsabilidad jurídica y subjetiva que recae sobre el profesional.

Bibliografía

American Psychological Association (1993): *Principios éticos de los Psicólogos y Códigos de Conducta*, Ediciones CEP, 1993 (Traducción al español de Juan Jorge Fariña. Versión actualizada, 2002. Traducción de Juan Jorge Fariña y Gabriela Z. Salomone.)

Lewkowicz, I. (2003): “Otro juego posible: poder, ética, transferencia”, en *Escuela de Psicoterapia para Graduados*, Buenos Aires, 2000. [\[Esta cita podría estar incompleta. Escuela.... ¿es un libro o un editor?\]](#)

Bespali de Consens, Y. (XXXX): “Relaciones peligrosas... y daño”, en *Relaciones, Revista al tema del hombre*, uyweb.com.uy/relaciones [\[Link incompleto.\]](#)

Bespali de Consens, Y. (1994): “Ética, responsabilidad y las transgresiones profesionales abusivas”; en [\[¿Autor de libro, no del artículo?\]](#) *Intervenciones psicoanalíticas*, Montevideo, Edit. Fin de Siglo, 1994, págs. 643-650.

Dezorzi, S.; Baraldi, I. (1999): “Contactos peligrosos. Terapeuta sancionado por prácticas vejatorias”; en diario *La Capital*, Rosario, 19 de mayo de 1999.

Michel Fariña, J. (1998): “¿Qué es esa cosa llamada ética?”, en [\[¿Autor del libro, no del artículo?\]](#) *Ética. Un horizonte en quiebra*, Buenos Aires, [EUdeBA](#), 1998.

- Freud, S. (1912a): “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, en *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991 T XII.
- (1912b): “Sobre la dinámica de la transferencia”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991, tomo XII.
 - (1913): “Sobre la iniciación del tratamiento”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991, tomo XII.
 - (1914a): Puntualizaciones sobre el amor de transferencia, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991, tomo XII.
 - (1914b): “Recordar, repetir y reelaborar”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991, tomo XII.
 - (1915): “Lo inconsciente”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991, tomo XIV.
 - (1919): “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991, tomo XVII.
 - (1925): “La responsabilidad moral por el contenido de los sueños”, en *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1992, tomo XIX.
 - (1926): “¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Diálogos con un juez imparcial”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992, tomo XX.
- Miller, J.A. (2008): “Nada es más humano que el crimen”, en Tendlarz, Silvia Elena y García, Carlos Dante, *¿A quién mata el asesino? Psicoanálisis y Criminología*, Buenos Aires, Grama, 2008.
- Maliandi, R. (2002): “Ética discursiva y ética aplicada. Reflexiones sobre la formación de profesionales”, en *Revista RIE*, Nro. 29, Madrid, OEI, España.
- (2006): *Ética: dilemas y convergencias*, Buenos Aires, Ed. Biblos, 2006.
- Malmquist, C.P. & Notman, M. (2001): “Psychiatrist-patient boundary issues following treatment termination”, en *Am J Psychiatry*, 158 (2001), pp. 1010-1018.

- Ormart, E. (2003): “Abstinencia en la obra de Freud”, en *Memorias de las X Jornadas de investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo*, tomo II, pp. 334-337. [¿Editor? 
- (2006a): “Abstinencia y neutralidad: un análisis de los Códigos de Ética de las Asociaciones de Psicólogos de la República Argentina”, en *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Vol. 3 Nro. 1, pp. 20-34.
 - (2006b): “Neutralidad: representaciones de los psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Argentina”, en *Memorias de las XIII Jornadas de investigación y II Encuentro de investigadores de Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, pp. 440-443.
 - (2006c): “Posibles lecturas de los conceptos de abstinencia y neutralidad”, en *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología*, Buenos Aires, UBA, Año 11 Nro. 3, pp. 59-77.
- Sherman, C. (1993): “Behind Closed Doors: Therapist-Client Sex”, en *Psychology Today*, Vol. 4, No. 94 (May/June 1993), pp. 64-72.
- Viar, J.P (2002): “Algunas cuestiones jurídico-legales relativas al ejercicio profesional de la psicología”, en *Revista Argentina de Psicología*, Nro. 45, APBA, mayo 2002, sección “Ética Profesional”.
- Vives Rocabert, Juan (2002): “La palabra de Dios, el abuso de la Transferencia”, en *Revista de Psicopatología*, Buenos Aires, Promolibro, Vol. 22, Nros. 1-2, pp. 51-62.



Capítulo 2

La otra cara de la abstinencia, la neutralidad

El analista no puede acceder a sus sentimientos sino para ponerlos en su lugar y usarlos adecuadamente en la técnica.

(Lacan, 1953-4:57)

2.1 Las dimensiones freudianas de la neutralidad a la luz de los Códigos deontológicos

Entendemos por neutralidad, en términos freudianos, aquello que nos permite el vencimiento de la transferencia recíproca. Esto es posible, para Lacan, cuando el analista se ubica en el lugar del objeto “a”. Dicho en otros términos, “preservar el lugar desde donde debe operarse” (Lacan, 1965, Seminario 13, clase 1). Esto implica no operar desde una relación de simetría con el paciente. La relación simétrica fortalece la relación yo-yo, y con ello el campo de la identificación. La neutralidad supone que la persona del terapeuta se sustrae del tratamiento en tanto persona, sustrae sus sentimientos y también sus ideales.

A partir de un recorrido cronológico por la obra de Freud, hemos identificado □ las principales obras en las que se aborda la cuestión de la neutralidad. En dichas obras se pueden identificar ciertas dimensiones o aspectos que involucra la neutralidad. Al igual que en el capítulo anterior, en el que analizamos la abstinencia, hemos preferido no dar una definición sino circunscribir el concepto a partir de sus dimensiones.

Diagrama 1: Dimensiones de la neutralidad en Freud

La ausencia de ideales en la terapia analítica aparece como la única de las dimensiones de la neutralidad presentes en la obra de Freud que ha sido tenida en cuenta en los códigos.

La ausencia de ideales del analista se operacionaliza en los códigos en un tratamiento igualitario, descargado de prejuicios de tipo religioso, ideológico, etc.

El planteo freudiano de la neutralidad es mucho más amplio, en la medida en que él se aboca a la neutralidad en la función analítica como la contracara de la abstinencia en el paciente. Un analista neutral es el que mantiene al paciente en abstinencia. Para mantener al paciente en un permanente estado de frustración, el analista no debe operar como individuo, como 'otro' especular del paciente. Sólo se puede sostener la neutralidad mediante el ejercicio de la posición analítica.

Los códigos, en su análisis de la relación psicoterapéutica, se sostienen en un modelo de relación entre dos individuos. Desde esta perspectiva se hace imposible situar la neutralidad analítica en toda su profundidad. Por ello, al referirnos al tratamiento de la neutralidad en los códigos, hablamos de neutralidad como tratamiento igualitario, libre de prejuicios, objetivo.

La presencia de la neutralidad en los códigos deontológicos puede ser ubicada en los siguientes casos:

- En el Código del Colegio de Psicólogos de Misiones hay una clara referencia a la neutralidad, en términos de respeto de las creencias del paciente. En el artículo 2, se sostiene que:

“El profesional debe respetar las creencias religiosas o de otra índole de sus clientes, y no oponerse al cumplimiento de la práctica de los mismos...”

- En el código de Chaco, en el artículo 4, se sostiene como deberes del psicólogo que:

“[...] c) No habrá distinción de nacionalidad, de clase social, religión o raza, ideología, etc.; solamente vera al ser humano [...] g) debe respetar las creencias religiosas de sus pacientes y no oponerse al cumplimiento de sus preceptos religiosos.”

- De un modo similar, el código deontológico de Mendoza afirma en el artículo 3ro. que:

“[...] b) No hará distinción de: nacionalidad, religión, raza, de partido político o clase; solo verá al ser humano que lo necesita.”

- El código de San Juan, en el art. 4 señala:

“Es deber del psicólogo presentar sus servicios profesionales eficientemente. Se considera falta contra esa eficiencia:

- 1) Formas de atención contrarias al respeto a la persona;
- 2) La negligencia o la imprudencia en la acción profesional con perjuicio del paciente; [...]
- 6) No respetar las creencias religiosas o las ideológicas de sus pacientes en su trato con ellos.”

- De manera similar, el código de Tucumán, en el artículo 4 afirma que:

“Es deber del psicólogo prestar sus servicios profesionales eficientemente. Se considerara falta contra esta eficiencia:

- 1) Formas de atención contrarias al respeto de las personas.
- 2) La negligencia o imprudencia en la acción profesional con perjuicio de los resultantes. [...]
- 5) No respetar las creencias y las ideologías de los consultantes.”

2.2 Neutralidad versus contra-transferencia

La neutralidad en la historia del psicoanálisis post-freudiano adquirió el estatuto de antídoto a la contra-transferencia. La neutralidad se volvió uno de los elementos centrales del encuadre necesario para la aplicación de la “técnica” psicoanalítica.

Freud inventó principios generales del psicoanálisis, pero no recetas fijas. Los estándares fueron obra de sus seguidores, que buscaban dar al psicoanálisis el estatuto objetivante propio de las ciencias naturales. El término neutralidad fue introducido por Strachey, en su traducción de *indifferenz* por *neutrality*. La neutralidad marca una relación asimétrica en el análisis, de difícil solución para el análisis de “a dos” (*two bodies*), practicado por los post-freudianos. En tanto los lugares del analista y el del analizado se van diluyendo en el análisis, se vuelve más necesario apelar a mecanismos de control. De allí, la preocupación por la contra-transferencia y el desarrollo de una neutralidad objetivante, que da la ilusión de asepsia a un análisis contaminado de comprensiones mutuas.

La noción de ‘neutralidad’ parecía investir al psicoanálisis de un ropaje científico, entendiéndose neutralidad como frialdad, posición objetivante, desapego. En este sentido era utilizada la referencia de Freud al cirujano.

La cuestión de la contra-transferencia es analizada por Paula Heimann (1950), cuando plantea que los jóvenes analistas que se inician en el psicoanálisis adoptan una posición de neutralidad benevolente, entendiéndose por ella la supresión de toda respuesta emocional, para no tener que lidiar con los sentimientos contra-transferenciales que experimenta el analista en la situación analítica.

La propuesta de Heimann va en contra de la propensión de los principiantes. Se trata no de comunicar los sentimientos al paciente, sino de emplear “las emociones del analista como fuente de *insight* de los conflictos y las defensas inconscientes del paciente” (Heimann, 1950). Para sostener esta posición, se basa en la afirmación freudiana de que es necesario “volver hacia el inconsciente emisor del enfermo, su propio inconsciente (el del analista) como órgano receptor” (Freud, 1914a). Heimann propone que el inconsciente del analista comprenda al inconsciente del analizante.⁸

Lacan criticó sistemáticamente ambos extremos. No se trata de un análisis emotivo, de la mutua comprensión, ni de un análisis de la neutralidad benevolente. En este sentido, Lacan se alejó de los post-freudianos, y con su separación sentó las bases de lo que llama ‘el retorno a Freud’. La neutralidad no puede ser entendida como objetividad des-afectivizada. La ubicación del analista en el lugar de un dios de indiferente benevolencia, que opera como “un cerebro mecánico”, implicaría situarlo en el lugar de Otro completo, y nada más alejado de la clínica lacaniana. La ubicación del analista en el lugar del ser humano, que se empapa en los sentimientos que el otro le suscita, opera como un yo que obtura toda emergencia del inconsciente del paciente y, por consiguiente, impide toda clínica que se llame psicoanalítica. Lacan señala: “Nunca dijimos que el analista jamás debe experimentar

8. Esto fue señalado anteriormente como el segundo nivel en la práctica clínica.

sentimientos frente a su paciente. Pero, debe saber, no sólo no acceder a ellos, ponerlos en su lugar, sino usarlos adecuadamente en su técnica”. (Lacan, 1953:57)

“La neutralidad como desapego, como inacción, como forma de no tomar partido, como observador científico, no está en las reglas que rigen nuestra práctica.” (Goldemberg, 2004:2)

Este ideal de analista neutral, en tanto ideal, oculta el deseo, e instituye una práctica que aglutina a los analistas en comunidades regidas por el significante “encuadre analítico”.

El despliegue de normas regulativas se multiplica en preceptos que rigen hasta los más mínimos detalles de la práctica. Tiempo fijo, frecuencia constante, vestimenta del analista, son algunas de las áreas normativizadas por los post-freudianos. La práctica comandada por reglas fijas se convierte en ortopraxia.⁹

La neutralidad era entendida como inacción. Ante esta posición, Lacan postula la neutralidad soportada en el acto analítico.

2.3 Lo propio de la neutralidad lacaniana

De lo planteado anteriormente se desprende que hay diferencias entre la neutralidad post-freudiana y lacaniana. ¿Qué es lo propio de la neutralidad lacaniana?

Jacques Alain Miller, en su conferencia “Genio del psicoanálisis”, la plantea como una de las posibles acepciones del término ‘genialidad’ en el psicoanálisis, como su carácter propio. “Lo propio” del dispositivo analítico es definido por este autor sobre la base de cuatro puntos:

- asociación libre
- interpretación

9. Término acuñado por Miller en *El desencanto del psicoanálisis*.

- transferencia
- neutralidad.

Desde 1958, en “La dirección de la cura y los principios de su poder”, Lacan ubica el deseo del analista en el corazón de la clínica lacaniana. Es éste el que le permite al analista salirse de los estándares para sostenerse en principios. Este es el elemento que lleva a la ruptura y máxima oposición a los post-freudianos de los lacanianos. El deseo del analista mantiene la oposición entre demanda y deseo. Una clínica comandada por el deseo del analista es antagónica de una clínica apoyada en el ideal de la neutralidad. Sin embargo, la neutralidad no sólo puede ser entendida desde el ideal sino también desde el deseo del analista. De ahí que podamos retomar la cuestión de la neutralidad en la obra de Lacan con un sentido renovado.

Según Mario Goldemberg (2004:2), hay en Lacan diversos modos de la neutralidad:

- La abstinencia de ocupar el lugar del semblante para dar lugar al Otro.
- La neutralidad de no participar de las pasiones en respuesta a las teorías de la contra-transferencia, sumiendo la posición de objeto a no objetivante.
- La subversión de sentido como aspiración por lo real.

a) En la primera parte de la enseñanza de Lacan encontramos un esfuerzo permanente por distanciarse de los post-freudianos, que propugnaban el análisis desde el eje imaginario ($a-a'$), para introducir en el análisis la terceridad que supone lo simbólico ($Otro=A$).

En este período encontramos presentes las dimensiones de la neutralidad pesquisadas en Freud, al comienzo de éste capítulo, a saber, ausencia de ideales del analista, ausencia de finalidad educativa, necesidad de atención flotante y regla fundamental y, por último, la ausencia de sugestión.

En *Psicoanálisis y su enseñanza* (1957:421) dice Lacan: “... es ese Otro más allá del Otro al que el analista deja lugar por medio de la neutralidad”. El eje imaginario se suplementa con la dimensión de lo simbólico¹⁰ impidiendo la encerrona especular. Zlotnik (2004:25) dice que Lacan propone la neutralidad como “...recurso para neutralizar los efectos imaginarios que se pueden producir en un análisis, [...] el analista tiene que correrse del eje imaginario a-a’ y ocupar el lugar del A”.

Adriana Rubistein (2004:13) le da una vuelta más al asunto. Identifica un doble movimiento en la labor analítica: “...hay un movimiento que va del analista como Otro (para sacarlo de la relación dual) al analista como Otro con una barra, y que este movimiento lo lleva a recomendar en algunos casos ‘la vacilación calculada de la neutralidad’¹¹ y a sus conceptualizaciones sobre el deseo del analista.” El despliegue del lugar del Otro supera el laberinto de espejos de la relación dual, al tiempo que instituye un ‘sujeto supuesto saber’, que en este segundo movimiento debe ser barrado para constituirse en objeto residual de la relación analítica. Ambos movimientos son necesarios para lograr un verdadero retorno a Freud; esto es, supresión de la operatoria analítica basada en ideales y la superación del vínculo sugestivo. Sólo así podemos decir que “el analista se diferencia tanto de sus deseos como sujeto, como de sus sentimientos como persona, como de sus prejuicios y su yo”. (Rubistein, 2004:14)

Según Zack (2004:20), es el deseo del analista en tanto deseo de pura diferencia (diferencia entre un significante y otro, y entre el ideal y el objeto a) lo que permite que el análisis no se confunda con la hipnosis ni con la sugestión.

b) En el Seminario 17 *El reverso del psicoanálisis*, dice: “... el único sentido que podemos dar a la neutralidad analítica es

10. Como se puede observar en el esquema *lamda*.

11. Cfr. Lacan, J., *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo*.

no participar de las pasiones.” (Amor / odio / ignorancia). Allí Lacan se interroga acerca de si la posición del analista debe ser aquella pasión feroz de Yavhé; justamente lo que distingue a la posición del analista es que no participa de esas pasiones. La pasión, sostiene Eric Laurent (2002), en *Los objetos de la pasión*, es una articulación entre el inconsciente y lo real del goce, de allí que esta no puede ser la posición del analista. En el Seminario 8 *La Transferencia*, Lacan ubica al deseo del analista como “deseo más fuerte”, y lo ubica como sostén contra las pasiones contra-transferenciales que un paciente puede despertar. Si hay deseo “más fuerte”, no hay pasiones contra-transferenciales que nos hagan perder el corazón del análisis.

c) En el Seminario 24 *Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*, Lacan plantea: “...qué es la neutralidad del analista sino una subversión de sentido; a saber, esta especie de aspiración, no hacia lo real sino por lo real”. Esta frase nos muestra el abordaje de la cuestión de la neutralidad, no por el lado de las pasiones del ser o del objeto a, sino por el lado del nudo borromeo.

Lacan tiene la sombrosa capacidad de volver desde el final de su obra a sus comienzos, retomando y re-significando sus propias afirmaciones. En *Intervenciones sobre la transferencia*, Lacan equipara la neutralidad a la posición dialéctica; la inversión dialéctica es una subversión de sentido que opera colocando sobre el tapete, no la realidad, sino la verdad de Dora. Lacan reflexiona: “Si Freud se hubiera dejado guiar por la impresión que se formó del padre, no se habría modificado en nada la posición subjetiva de Dora, y habría repetido en el tratamiento la posición de víctima que un observador distraído habría pesquisado en la realidad. En cambio, la posición neutral de Freud permitió una primera inversión dialéctica, que produjo un nuevo desarrollo de verdad: Dora era cómplice de la relación y hasta velaba por ella. [...] Así, la neutralidad analítica toma su sentido auténtico de la posición de puro dialéctico”. (1951:215)

No se trata entonces de llegar a lo real, como aspiración teológica del analista, pues esto estaría del lado de los ideales. Sino de ser movido por lo real como causa. La neutralidad analítica queda del lado del deseo y no de los ideales. En esta última definición de la neutralidad quedan enlazadas las dos anteriores. Como describiendo un tirabuzón ascendente, la primer definición nos lleva a la segunda, y estas dos primeras a la tercera.

2.4 Conclusión

Es fundamental despejar la cuestión de la neutralidad del terreno de lo imaginario. En términos lacanianos, la neutralidad es una operatoria que se juega por lo real. Hablar de neutralidad imaginaria es remitir a la postal deontológica del analista frío y aséptico, incapaz de darle un vaso de agua a un paciente, incapaz de sonreír. En este ámbito, aparece la discusión de los nóveles analistas inexpertos que leen la metáfora del espejo o del cirujano del peor modo, del modo especular. Pero el legado de Lacan apunta al corazón de la transferencia; en este sentido, la cuestión de la contra-transferencia pierde razón de ser. La orientación por lo real define la dirección del análisis. La contra-transferencia aparece asociada a una desviación de los post-freudianos, que se mantiene viva en el discurso de algunos psicoanalistas argentinos.¹²

12. Encontramos en la muestra referida en el Capítulo 1 del presente texto, gran cantidad de terapeutas que justifican su argumentación desde la contra-transferencia. El mismo discurso se sostiene en las referencias a la abstinencia y la neutralidad pesquisadas desde el año 1943 al 2003 en la *Revista de Psicoanálisis*.

Bibliografía

- Baranger, W. (1957): “Interpretación e ideología: sobre la regla de abstención ideológica”, en *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 14, Nros. 1-2, pp. 13-22.
- Basch, Michael F. (1989): “Publicaciones previas al 36 Congreso Psicoanalítico Internacional: ¿Adónde va el método psicoanalítico?”, en *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 47, Nro. 1, pp. 5-9.
- Cesio, F. (1993): “Heinrich Racker; el descubrimiento de la contra-transferencia; evolución del concepto”, en *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 50, Nro. 3, pp. 627-636.
- Goldemberg, M. (2004): “¿Hay una axiomática psicoanalítica?”, en *El caldero de la escuela*, Nro. 91, EOL, 2004.
- Lacan, J. (1953): “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, en *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1985.
- (1953): “Variantes de la cura tipo”, en *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1985.
 - (1953-1954): *Seminario I: Los escritos técnicos de Freud*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
 - (1954-1955): *Seminario 2: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
 - (1957): “El psicoanálisis y su enseñanza”, en *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1985.
 - (1960): “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, en *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1992.
 - (1960-1961): *Seminario 8: La Transferencia*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
 - (1964): “Del trieb de Freud y del deseo del psicoanalista”, en *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1992.

- (1969-1970): *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1996
- (1976-1977): *Seminario 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*. [[¿Posible referencia bibliográfica](#)] Título original: *L'insu que sait de l'une-bevue s'aile a mourre*. Traducción: Ricardo Rodríguez Ponte y Susana Sherar.)

Laurent, Eric (2000): *Los objetos de la pasión*, Buenos Aires, Tres Haches, 2000.

Miller, J.A. (1983): “No hay clínica sin ética”, en *Matemas I*, Buenos Aires, Manantial, 1987.

- (1984): “Genio del Psicoanálisis”, en *Analiticón 1*, Fundación del Campo Freudiano, Santiago de Compostela, 1986.

Horne, B. (2004): “Más allá de la neutralidad: primeras ideas”, en *El caldero de la escuela*, Nro. 91, EOL, 2004.

Racker, E. (1951): “Observaciones sobre la contra-transferencia como instrumento técnico”, en *Revista de Psicoanálisis*, Tomo IX, Nro. 3 (julio, agosto y septiembre de 1952).

Rubistein, A. (2004): “La contra-transferencia: una crítica fallida a la ‘neutralidad benevolente’ del analista”, en *El caldero de la escuela*, Nro. 91, EOL, 2004.

Zack, O. (2004): “¿Dónde hay un analista neutral?”, en *El caldero de la escuela*, Nro. 91, EOL, 2004.

Zlotnik, M. (2004): “Orientación frente a la neutralidad”, en *El caldero de la escuela*, Nro. 91, EOL, 2004.

Capítulo 3

El problema de los límites en la clínica psicológica

Contra las pasiones, nada se consigue con razonamientos, por elocuentes que sean.
(Freud, 1914)

3.1 Modalidades de avances del psicólogo sobre los pacientes

En el año 1991, el Consejo de Asuntos Éticos y Jurídicos de la Asociación Médica Americana expone dos formas distintas de implicación de los médicos psiquiatras en contactos sexuales con sus pacientes:

1) Fracaso en el manejo del contenido emocional de la relación terapéutica.

Lo típico, en este caso, es que el profesional se deslice imperceptiblemente en una pendiente resbaladiza de transgresiones progresivas. Según Simon (1999), las más tempranas transgresiones ocurren en el segmento final de la sesión terapéutica, y describen una evolución en la que podemos encontrar indicadores progresivos de fallas en los límites terapéuticos. Veamos algunos de estos indicadores:

- a) Erosión gradual de la neutralidad terapéutica.
- b) Violación de límites que se producen en el tránsito “entre la silla y la puerta”
- c) El paciente es tratado como “especial”

d) Revelación de información confidencial acerca de otros pacientes.

e) Contacto físico (tocar, abrazar, besar).

f) El terapeuta asume control sobre el paciente.

g) Contactos extra-terapéuticos.

h) Sesiones terapéuticas prolongadas.

i) Sesiones terapéuticas programadas al final del día.

j) El terapeuta libera al paciente del pago de honorarios.

k) Lo cita por fuera del consultorio.

l) Mantiene relaciones sexuales.

2) La segunda modalidad es el contacto sexual en condiciones de abuso.

En este caso el médico hace un uso consciente y repetido de la posición profesional para manipular y explotar las debilidades del paciente para su propia gratificación. El terapeuta escoge premeditadamente pacientes vulnerables, y usa una serie de prácticas terapéuticas fraudulentas para aumentar las posibilidades de seducción. Veamos algunos ejemplos:¹³

a) Un paciente refiere que su psicoterapeuta le dijo que parte de su tratamiento era perder el miedo al contacto físico con masajes para “desbloquear” sus temores.

b) Una paciente cuenta que su psicólogo la retó a desnudarse frente a él para demostrar que estaba curada de su fobia social.

En el primer caso, no se trata de un abuso calculado sino de un fracaso en el manejo de la transferencia, que puede ser causado por escasa formación en la práctica clínica, ausencia de su-

13. Los ejemplos fueron extraídos de la publicación *Actualidad psicológica*. En línea: <http://actualidadclinica.wordpress.com/faq-de-pacientes/violacion-de-limites-y-abusos/>

pervisión del caso, etc. No hablamos en este caso de mala voluntad o mala intención; puede darse una genuina atracción ante la paciente.

“Nuestro dominio sobre nosotros mismos no es tan grande que descarte la posibilidad de encontrarnos de pronto con que hemos ido más allá de lo que nos habíamos propuesto. Así, pues, mi opinión es que no debemos apartarnos un punto de la neutralidad que nos procura el vencimiento de la transferencia recíproca.”

Sin embargo, Freud (1914) nos advierte sobre las particularidades de este *genuino*¹⁴ sentimiento, y la necesaria formación del terapeuta en el conocimiento y manejo de las propias pasiones. Mientras que en el segundo caso hablamos de abuso calculado del terapeuta, de mala intención y de una personalidad de base incompatible con la práctica clínica.

3.2 Operar en el primer nivel de la relación terapéutica: de individuo a individuo¹⁵

Como sostenemos en otros escritos,¹⁶ se pueden proponer tres dimensiones para pensar el vínculo entre paciente y terapeuta en la clínica. Una primera dimensión consiste en la rela-

14. El amor de transferencia, si bien aparece como un sentimiento genuino, está caracterizado por tres rasgos: es provocado por la situación analítica, es menos prudente y ciego y, se encuentra fortalecido por la resistencia.

15. El presente trabajo se encuentra enmarcado en los proyectos de investigación UBACyT P 404, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y en el Proyecto 55-B/125, dependiente de la Universidad de La Matanza. Ambos proyectos se encuentran dirigidos y co-dirigidos, respectivamente, por la autora de este trabajo.

16. *Cfr.* Los textos citados de Ormart en la bibliografía desde el 2005 al 2006, que hacen referencia a estas dimensiones.

ción contractual entre dos individuos, uno que ofrece sus servicios profesionales y otro que solicita estos servicios. Esta relación asistencial, bajo las coordenadas que impone la sociedad de consumo, puede verse trastocada, al punto de convertirse en una transacción comercial. El riesgo latente de reducir una relación asistencial a una relación comercial, se evidencia en la formalización que hacen ciertas terapias no analíticas de cantidad de sesiones pactadas, delimitación del problema que el cliente quiere resolver y “garantía” de resolución del problema. El paciente se reduce a cliente y el terapeuta a un vendedor de un servicio.

Es importante señalar aquí que dentro de este primer nivel encontramos dos tipos de abordajes del vínculo terapéutico: el que se basa en ciertos principios mínimos que suponen el respeto de la dignidad humana, y el que se basa en las leyes del mercado, que reduce el vínculo terapéutico a una transacción comercial.

Kant sostenía que el hombre no tiene precio, tiene dignidad. De la dignidad humana brotan los derechos humanos como principios mínimos desde los que parte la relación terapéutica. El terapeuta, sea cual sea su orientación teórica no puede reducir al sujeto de la terapia a un objeto de intercambio en el mercado. Este es el primer principio deontológico del que partimos.

La relación entre terapeuta y paciente es una relación asimétrica. Esta asimetría atraviesa de diferentes formas los tres niveles de la clínica. Pero, ¿qué significa en este primer nivel, relación asimétrica? ¿Cuando terapeuta y paciente se sienten atraídos, se puede suspender el vínculo terapéutico para darle lugar a un vínculo amoroso? ¿Si dos individuos libres, conscientes y autónomos, se sienten atraídos, pueden dejar de lado la relación terapéutica y comenzar una relación amorosa? ¿Iría esto en contra de los mínimos deontológicos antes mencionados?

Veamos algunos ejemplos de las respuestas dadas por los terapeutas de la muestra referida en el capítulo primero del presente texto, que reducen el vínculo terapéutico a un contrato profesional.

“Si no hay relación profesional, no hay impedimento.” (2/271)

“Seguir adelante, (en relación con la mutua atracción) porque la relación terapéutica ya se había interrumpido.” (2/272)

“Mientras no se establezca en ese momento una relación analista-paciente, no creo que haya inconvenientes en que se formalice una relación amorosa.” (2/293)

Tanto el terapeuta como el paciente se encuentran posicionados respectivamente en el lugar de individuo. Como tales, ambos presentan las siguientes características:

- Es consciente. Esto supone la posibilidad del terapeuta y del paciente de suscribir un contrato de servicios, y de que cuando este se termina, terminan las obligaciones contraídas.
- Individuo que responde al cálculo: El terapeuta desde esta perspectiva debe realizar intervenciones calculadas. El paciente responde al cálculo o se aleja en cierto grado de la respuesta buscada. Según el tipo de terapia arbitrada, se pueden fijar el número de sesiones que se destinarán para resolver el problema que trae el paciente-cliente a la consulta.
- Busca una finalidad (teleología). Las intervenciones prevén ciertos fines terapéuticos. El paciente concurre al tratamiento con la pretensión consciente de resolver un determinado problema.
- Autónomo: El sujeto autónomo es aquel que se da a sí mismo su propia ley y es capaz de ejercitar su voluntad para cumplirla. El individuo autónomo es el sujeto sobre el que se apoyan los deberes y obligaciones. Al “auto” imponerse el deber, tiene la responsabilidad de cumplirlo. El individuo autónomo es el sustrato sobre el que se apoya la responsabilidad jurídica.
- Es un yo estable. El rasgo más destacado del yo es su persistencia en el cambio. Es esta estabilidad lo que permite

construir la propia identidad. El yo es idéntico a sí mismo, es considerado de este modo como un objeto de la realidad que responde a la lógica de los tres principios lógicos. En esta línea de trabajo, en la clínica se suele presentar al yo del terapeuta como un yo más maduro o libre de conflictos. Cuanto más libre de conflictos y contradicciones se encuentra, mayor estado de salud.

- **Responsable moral:** El paciente es responsable de mejorar su calidad de vida. El terapeuta, desde la moral de los bienes, coloca la salud como un bien más al que el paciente puede acceder. El paciente, devenido cliente, paga un bien más de consumo que en este caso constituye una prestación de servicios profesionales que garantiza recomponer la salud perdida. El terapeuta se compromete a calcular las estrategias más beneficiosas para lograr la mejoría y el alivio.

- **Responsable jurídico:** Tanto el paciente como el terapeuta son sujetos de derechos y obligaciones. El terapeuta que no cumple con las exigencias jurídicas que amparan al paciente puede ser acusado de mala praxis. Existen, en esta temática que nos aboca –límites de la relación– suficientes antecedentes jurídicos de juicios por mala praxis, ya sea por abuso sexual, por manipulación y uso indebido de influencia, etc. Pero la ley nada dice sobre el vínculo amoroso entre un terapeuta y un ex paciente. La responsabilidad jurídica está claramente tipificada en el Código Civil y Penal de la República Argentina. Asimismo, contamos con la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23277 (Nacional) de 1985. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra en vigencia el Decreto 905/95 que reglamenta la Ley 23277 y Ley 448, Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (27/07/2000). En la provincia de Buenos Aires la Ley 10.306 (21/08/85) y modificatorias.

Al siguiente listado se le suman los Códigos de Ética Profesional que no tienen la obligatoriedad de las Leyes, pero que supo-

nen un compromiso para aquellos psicólogos que suscriben a los respectivos Colegios Profesionales.

Las acciones del terapeuta se encuentran determinadas por múltiples normativas de distinto alcance.

Diagrama 3

Desde este primer nivel, no existen impedimentos legales ni de los Códigos de ética de Argentina para que un terapeuta comience una relación amorosa con un ex paciente. Por consiguiente, las pautas que rigen el contrato terapéutico terminan cuando éste se suspende, como en cualquier otra profesión. Al igual que el médico o el docente, el psicólogo, una vez concluida la relación profesional, puede mantener vínculos de amistad o de amor con sus pacientes. En la otra vereda, se encuentran los terapeutas que señalan que la cuestión no se dirime en este nivel,

y apelan a lo que ubicamos en el nivel del sujeto inconsciente, en el que se involucran otras cuestiones como la transferencia y la contra-transferencia. En este caso la suspensión del contrato terapéutico no deja sin efecto las obligaciones contraídas, ya que luego del abandonado del tratamiento hay restos transferenciales que siguen actuando aunque se suspenda el tratamiento. Esto supone involucrar en el tratamiento al paciente y al terapeuta, en tanto sujetos del inconsciente. Supone asimismo delimitar la responsabilidad subjetiva del terapeuta y del paciente. La responsabilidad subjetiva excede la responsabilidad legal y moral de los individuos que suscriben el contrato.

La responsabilidad legal se desprende de las obligaciones que emergen del contrato formal. En virtud de ellas el terapeuta puede ser imputado por mala praxis si no cumple con sus obligaciones. La responsabilidad subjetiva es el llamado a responder por nuestros deseos inconscientes, en tanto pacientes y en tanto terapeutas. Sin embargo, si nos trasladamos al segundo nivel en el que proponemos considerar la relación clínica, nos encontramos con un principio ético que excede las exigencias deontológicas del primer nivel. Este principio sostendría que el terapeuta tendría que hacer primar sobre su interés o bienestar personal, el interés en la cura del paciente. Ya que a todos los aspectos legales y deontológicos antes mencionados, en su accionar el psicólogo le debe agregar lo que se considera propio de la cura del paciente. Todas aquellas decisiones que ponderan la dimensión subjetiva involucrada en el tratamiento. Lo que da lugar a las consideraciones que ubicamos en el segundo nivel de la relación clínica.

3.3 Operar en el segundo nivel de la relación clínica: de sujeto a sujeto

Siguiendo la línea argumentativa anterior, en este apartado están los que recurren al concepto de ‘transferencia’ y los llamados ‘restos transferenciales’. Freud y sus seguidores han señalado que en la relación analítica el terapeuta opera a partir de la

transferencia. El concepto de transferencia acuñado por Freud no es exclusivo de la terapia analítica, es conocido y utilizado por otras escuelas psicoterapéuticas. La relación psicoterapéutica, como señalamos anteriormente, es consecuencia del tipo de vínculo que se establece entre el analista y el paciente, y no puede ser disuelta por el hecho empírico de suspender el tratamiento. La relación terapéutica trasciende la contemporaneidad del vínculo y la mera pauta contractual, y por ello, como decíamos anteriormente, no puede ser equiparada con la transferencia presente en otras profesiones.

Veamos una respuesta que sintetiza la visión de algunos psicoterapeutas de la muestra:

“Tomar en cuenta cuidadosamente las características de su ex paciente respecto de los restos de una relación transfe-rencial con el terapeuta y los sentimientos que esta misma relación transferencial no resuelta despierta en el terapeuta.”
(2/294)

Si operamos desde el supuesto del sujeto del inconsciente, tenemos que señalar que el principio que rige su funcionamiento es lo que Freud llama ‘proceso primario’. El proceso primario tiene como una característica central la ausencia de cronología, lo que supone que el sujeto no se rige por la cronología, como el individuo. Los afectos sentidos hacia los padres, los hermanos, etc., y transferidos al analista, no tienen un fin temporal como un contrato terapéutico. Desde esta posición se puede prever que la simple finalización de un contrato no habilita la desaparición del vínculo transferencial.

En este camino se encuentra la negativa de comenzar una relación amorosa con un ex paciente, desarrollada en el código de la *American Psychological Association* (1993/2003). Allí se describen siete factores a ponderar a la hora de comenzar una relación amorosa con un ex paciente, tendientes a complejizar el análisis de la situación posibilitando la reflexión del terapeu-

ta. Es justamente un código norteamericano el que abre el tratamiento de esta cuestión. En los códigos de nuestro país (llamado por muchos el país del psicoanálisis y de los psicoanalistas) no hay prescripciones en los códigos de ética sobre esta situación. Este planteo eleva el tratamiento del problema a otro nivel, pues vehiculiza cuestiones relacionadas a la transferencia, la contra-transferencia, la finalización del análisis, la naturaleza de la terapia, etc.

Sin embargo, si bien este segundo nivel nos permite la consideración del sujeto del inconsciente, que pone de relieve la imposibilidad de mantener una relación amorosa con un ex paciente, vela otro problema. El problema al que nos referimos anteriormente, la simetría en el vínculo. Algunas terapias psicoanalíticas **ubican** que tanto el paciente como el psicólogo deben **ubicarse** en un lugar de paridad como sujetos del inconsciente. Y así como el paciente abre su inconsciente al analista, este último debe manifestarle al paciente las sensaciones contra-transferenciales que éste le suscita. La comunicación de inconsciente a inconsciente es, en términos de Lacan, un “error conceptual” que provoca efectos negativos en la clínica, como señalamos en el segundo capítulo de este libro. Es aquí el punto en el que apelamos a un tercer nivel de análisis, en el que la relación psicoanalítica se encuentra dada por la presencia de un sujeto del inconsciente y un objeto (el psicoanalista) ubicado en el lugar del objeto a.

3.4 Operar en el tercer nivel de la relación analítica: de sujeto a objeto

En este punto no hay prescripciones deontológicas que puedan considerarse. La teoría que mejor describe la relación del analista con el paciente en tanto relación de objeto-sujeto es la lacaniana. Como señalamos en el marco teórico, desde esta perspectiva la neutralidad y la abstinencia se sostienen como principios de la clínica y se ponen de manifiesto en el acto analítico. El acto tiene la estructura del presente. No puede ser anticipado,

sólo puede ser reconocido una vez que se ha producido. Esta estructura resulta incompatible con la exigencia de anticipar teóricamente la operatoria del analista en su lugar de objeto.

Desde esta perspectiva, se supera la paridad en el vínculo a la que nos conduce la lectura post-freudiana de la contra-transferencia, y se vuelve central la consideración del sujeto del inconsciente como el único sujeto de la clínica.

3.5 El sujeto del inconsciente como supuesto de la neutralidad y la abstinencia

Los rasgos que caracterizan al sujeto del inconsciente son:

- Está sobredeterminado por la estructura del lenguaje. La lógica que comanda las representaciones no es la lógica de los tres principios. Por consiguiente, podemos observar fenómenos tales como coexistencia de los contrarios, atemporalidad y ausencia de identidad permanente.
- Atemporalidad. El vínculo transferencial que establece el paciente con el terapeuta es atemporal. Esto explica por que, desde el punto de vista ético, no es correcto entablar relaciones de otra índole con los ex pacientes. Como señalamos anteriormente, la atemporalidad reviste a las relaciones transferenciales y contra-transferenciales de una persistencia que supera los límites temporales de la terapia.
- Coexistencia de pulsiones antagónicas. A nivel del sujeto inconsciente se dan sentimientos contrarios e incluso opuestos. Vivencias de amor y odio son las matrices que describe Freud para la constitución del Complejo de Edipo.
- Exigencia pulsional. Es imposible el cálculo de probabilidades a nivel pulsional. Las representaciones pueden entrar en un entramado simbólico; en términos lacanianos, el gran Otro es el tesoro de los significantes. Un significante convoca a otro y es así como se despliega el aparato significante. Lo pulsional queda en un dentro-fuera de este entramado.

- El sujeto como imposibilidad lógica. En términos lógicos el sujeto es el resto que queda por fuera del conjunto “A” de todos los significantes. Si el conjunto cumple con la exigencia de completud, el sujeto queda forcluido. Si el conjunto cumple con la exigencia de consistencia, queda abierto, o sea, incompleto.¹⁷
- El analista como objeto a. Superando la posición del analista como sujeto que está afectado contra-transferencialmente por el paciente, se encuentra la descripción del analista como objeto a. El objeto “a” es el objeto de deseo que el analista encarna para ese paciente. De este modo el analista ocupa el lugar de un objeto que moviliza al paciente al despliegue de significantes. El esfuerzo de despliegue es provocado por la presencia de ese objeto real. Si el analista se coloca en esta posición no puede intervenir en el análisis en tanto sujeto, con sus sentimientos, representaciones, temores, etc. Sino que posibilita que el sujeto central del tratamiento sea el paciente. Como señalamos en el segundo capítulo de este libro, la posición neutral está garantizada por el analista movido por lo real. Movimiento no teleológico, ya que la teleología es propia del cálculo de estrategias, medios y fines. Sino movimiento causal; el analista opera causado por el deseo de analista.
- Interpretación sin teleología. La interpretación no responde a un cálculo yoico, sino a un acto que *a posteriori* y por los efectos resulta correcto. El acto analítico es un salto sin garantía del Otro.

17. Cfr. Artículo de la *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, de mi autoría, titulado *Un sujeto paradójal*, en donde se desarrolla el lugar del sujeto como producto de una operatoria lógica.

3.6 Conclusión

El problema de la abstinencia sólo puede ser abordado satisfactoriamente pasando por los tres niveles de la clínica psicológica. En relación con el tercer nivel sólo podemos sostener que se trata de una relación entre un sujeto dividido (el paciente) y un analista en lugar del objeto a. Si el analista se posiciona desde el lugar de individuo o desde el lugar de sujeto del inconsciente, no podría ejercer correctamente la función. En el primer caso, porque sus intervenciones estarían guiadas por el sentido común, serían intervenciones conscientes y calculadas que podrían ser correctas pero no efectivas.¹⁸ En el segundo caso, porque comunicar nuestros sentimientos y afectos a los pacientes provoca el borramiento de la posición asimétrica necesaria para que la clínica este bien orientada. Si el terapeuta se ubica en el lugar de objeto que mueve a hablar al paciente en función de su deseo, entonces la relación amorosa pierde toda posibilidad de concreción.

Bibliografía

- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association (1991): “Sexual misconduct in the practice of medicine”, en JAMA, Nro. 266 (1991):2741-5.
- Ormart, E. (2003): “Abstinencia en la obra de Freud”, en *Memoorias de las X Jornadas de investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo*, tomo II, pp. 334-337. [¿Editor?] 
- (2006a): “Abstinencia y neutralidad: un análisis de los Códigos de Ética de las Asociaciones de Psicólogos de la República Argentina”, en *Perspectivas en Psicología. Revista de*

18. Lacan hace un riguroso tratamiento de las interpretaciones tipificadas por Nach, concluyendo que una interpretación correcta, no siempre es efectiva, pues no toca la verdad del sujeto.

Psicología y Ciencias Afines, Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Vol. 3 Nro. 1, pp. 20-34.

- (2006b): “Neutralidad: representaciones de los psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Argentina”, en *Memorias de las XIII Jornadas de investigación y II Encuentro de investigadores de Psicología del MERCOSUR*, Buenos Aires, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, pp. 440-443.
- (2006c): “Posibles lecturas de los conceptos de abstinencia y neutralidad”, en *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología*, Buenos Aires, UBA, Año 11 Nro. 3, pp. 59-77.

Rabinovich, D. (1999): *El deseo del psicoanalista*, Buenos Aires, Manantial, 2004.

Salomone, G. (2006): “Consideraciones sobre la ética profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico”, en Salomone, G. & Domínguez, M., *La transmisión de la ética. Clínica y deontología*, Buenos Aires, Letra Viva, 2006.

Simon R. (1999): “Therapist-patient sex”, en *Psychiatr Clin North Am*, Nro. 22:31-47.

Capítulo 4

Cómo regular el problema de los límites en la clínica psicológica

No he de afirmar que siempre resulta fácil para el médico mantenerse dentro de los límites que le prescriben la ética y la técnica.

FREUD, 1914.

Debemos partir de una reflexión acerca de la función que tienen los códigos de ética en sí mismos para regular la praxis del psicólogo. Para ello nos centraremos en la ética como campo disciplinar actual, y a partir de allí pensar en la posibilidad de concreción y ejecución de códigos de ética en términos generales. Posteriormente, quisiéramos situar la necesidad de los códigos deontológicos y delimitar la peculiaridad de los códigos deontológicos de los psicólogos.

4.1 El rechazo de los códigos de ética por la comunidad psi

Hoy la ética se ha convertido en un área saturada, de la que se dice mucho y al mismo tiempo, nada. Idealizar y trivializar el ámbito ético son dos caminos inconducentes. Y resultan el mejor modo de evitar la reflexión y el análisis de su especificidad.

La ética forma parte de la filosofía práctica y junto con ella se enlistan la economía y la política. La ética no es un ámbito heterogéneo al de la política o la economía, como se suele presentar. El ámbito propio de la ética es el de la reflexión racional acerca

de las acciones humanas, involucren éstas o no aspectos político-económicos.

Esta problemática se patentiza cuando los intereses de grupos (muchas veces políticos y/o económicos) se cristalizan en la promulgación de códigos que regulen ciertas prácticas. La ética se encuentra en este punto ligada a las instituciones sociales. Desde esta perspectiva, la función de los códigos de ética se reduce a un afianzamiento de los intereses de grupo. Los códigos de ética establecen lo que ese individuo, en tanto perteneciente a determinada institución, puede o no hacer. Algunos códigos señalan asimismo las sanciones previstas para el miembro que no cumpla con las normas instituidas.

Denunciando esta posición, podemos ubicar el pensamiento de Alan Badiou (1993), cuando sostiene que la ética está ligada a instituciones que disponen de una autoridad propia. El rasgo característico de tal regulación es el conformismo y la homogeneización de las diferentes posiciones en un unísono respeto por lo establecido. La ética atravesada por la égida institucional es un mero esquema de opinión sometido a la máxima “Amad solamente lo que siempre habéis creído” (Badiou, 1993:48)

Desde esta posición, los códigos de ética promulgados por Colegios y Asociaciones son instrumentos de conformismo y cristalización de conductas instituidas como correctas. Para Alan Badiou, los códigos deontológicos serían un ejemplo de este conformismo regulado por los intereses de grupo. Los códigos son elementos reforzadores del espíritu corporativo. Que, en términos freudianos, nos ubican en el reforzamiento de los lazos identificatorios con los otros miembros del grupo.¹⁹

En referencia al funcionamiento de comités de ética, Miller y Laurent (2005), analizan desde una perspectiva similar su

19. Cfr. la magistral explicación que nos brinda Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* a propósito del lazo identificatorio que se produce entre los miembros del grupo, y la consiguiente vinculación empática.

función. Frente a una civilización en la que coexisten religiones, sabidurías, poderes de estado, y culto de la razón y la ciencia, se presentan los comités de ética como un intento de funcionar como guía moral de la vida. En términos de Laurent (2005:25) “Los comités de ética generalizados son las figuras con las que la subjetividad de nuestra época intenta restaurar el sentido moral del Otro...”. La consistencia de este Otro se sostiene a partir de la identificación, pero la proclama de que el Otro no existe²⁰ pone en evidencia la imposibilidad de operar de un comité que se postula como versión actual del Otro.

Desde la filosofía, Badiou, y desde el psicoanálisis, Miller y Laurent, tienen una posición negativa en relación con la operatoria de la ética que pretenda alguna instancia de acuerdo y generalización. Y recordemos que éstas dos últimas son notas fundamentales para el planteamiento de cualquier código deontológico.

Se presenta ante nuestros ojos un callejón sin salida, pues justamente los códigos vienen a establecer, desde esta perspectiva, un listado de dogmas inviolables que atentan directamente con la posición antidogmática y crítica de la ética. Si consideráramos que esta es la finalidad de los códigos, no habría más que decir. Sólo podríamos confrontarnos con un punto de imposibilidad insalvable. La reflexión ética exige pluralismo, diversidad de posiciones, espíritu crítico que no se sostiene en agrupaciones lideradas por ciertos significantes, en torno a los cuales los miembros tienen permitido pensar. Pero nuestra reflexión no termina aquí, ya que consideramos que los códigos éticos son necesarios.

4.2 La necesidad de los Códigos de Ética

Los códigos éticos son productos de ciertos debates y disensos y de algunos consensos. No podemos olvidar el carácter abierto

20. Referencia al título de la obra *El Otro que no existe y sus comités de ética*.

de los códigos, su posibilidad de ser reformulados, repensados y rescritos a medida que el conocimiento teórico y práctico se va ampliando y modificando. Es fundamental pensar que el proceso mismo de producción de un código deontológico tiene que estar acompañado a los avances en el estado del arte. En este punto, es de fundamental interés señalar lo que podemos definir como una posición de tensión interna propia del avance del conocimiento. Tensión que se juega entre el disenso y el consenso. Disenso que sería impensable desde el adoctrinamiento y la homogeneización descripta anteriormente.

Compartimos con Badiou (1993:40) la defensa de una “ética de las verdades”, basada en la ontología del acontecer, que supone un sujeto abierto a nuevas configuraciones de sentido y a rupturas que permiten la emergencia de verdades siempre singulares y siempre situadas. Es justamente en este ámbito en el que reflexionamos acerca de los códigos de ética de los psicólogos, y en el que no podemos desconocer que la emergencia de lo singular debe ser el criterio que nos oriente para repensar y reescribir los códigos. No estamos pensando en los códigos deontológicos de cualquier profesión, sino de una profesión que en el ámbito clínico opera desde lo singular.

La actividad ética tiene como premisa la necesidad de disenso, de pluralidad, exige la inclusión del análisis racional de lo acontecido para extraer las enseñanzas que nos permitan su inclusión y con ello la reformulación de lo instituido. El pluralismo es constitutivo de la racionalidad ética. Asimismo, la exigencia de permanecer en contacto con la singularidad de cada situación constituye una tesis ética correcta. Sin embargo, a la hora de plasmar esos códigos nos encontramos con el decantamiento del pluralismo, en consenso y con el pasaje de lo singular en situación, a lo general no situado.

Por otro lado, compartimos con Canto Sperber (2002:41) la crítica que le hace a la posición de Badiou cuando sostiene que: “Badiou nos encierra en una confrontación artificial entre una ética hecha de conservadurismo, resignación y pulsión de muer-

te, y una ética de las “verdades” y de lo sobrehumano. Su concepción de ética, ligada al Inmortal, al Llamamiento, al acontecimiento creador es antes magia que filosofía”

Esta dura crítica responde para nosotros a la imposibilidad pragmática de llevar adelante un programa de ética inoperante. A la innecesaria dicotomía entre posición crítica y posición propositiva. La posición de Badiou es fundamentalmente crítica, pero encuentra dificultades a la hora de concretar esas ideas. Es necesaria una posición de rechazo al adoctrinamiento moral que va contra el espíritu mismo de la ética como análisis y deconstrucción de lo dado, y al mismo tiempo es necesaria una propuesta concreta de trabajo sobre la praxis humana. Los códigos de ética son un intento siempre abierto, siempre fallido, de establecer ciertas pautas que regulen el ejercicio profesional, una línea de concreción pragmática y eficaz de consenso de un cuerpo colegiado. A la hora de elaborar un código de ética, el disenso y la polarización de posiciones es un momento lógico, necesario para el posterior consenso; sin disenso caemos en el adoctrinamiento, pero sin consenso caemos en la multiplicación de monólogos inarticulados. Sin consenso perpetuamos el estado de deliberación previo a la toma de decisiones. Y por ello, nos quedamos en un estado de deliberación permanente.

Finalmente, compartimos con Miller y Laurent que muchos grupos de psicoanalistas operan desde el lugar de la identificación a un líder que funciona como ideal del yo, reforzando la consistencia del Otro. Pero estamos seguros que este no debería ser el rasgo de quien se postule como continuador de la escuela de Lacan; me refiero a que ésta Escuela y los cientos de agrupaciones psicoanalíticas que existen deberían aspirar a un lazo con los otros miembros del grupo no basados en la sugestión sino en el trabajo en pos del deseo de escuchar al paciente desde las coordenadas éticas señaladas por Freud.

4.3 El carácter *sui generis* de los códigos deontológicos de los psicólogos

Los códigos deontológicos fijan un mínimo de aspectos exigibles a un profesional, que son producto de discusiones y acuerdos en el seno de las asociaciones profesionales, que suponen para esas mismas instituciones un proceso de maduración y práctica del disenso necesaria para lograr elaborar el código.

En un trabajo anterior (Ormart, 2006), he realizado un detallado análisis del tratamiento que hacen los códigos deontológicos de la República Argentina sobre la abstinencia y la neutralidad. En dicho trabajo, ubicamos algunas de las funciones centrales que tienen los códigos deontológicos de los psicólogos. Entre ellas, señalamos que deben tener una función de referencia anticipada a situaciones eventuales, sintetizar el estado del arte de la disciplina, y específicamente de los principales capítulos de la deontología profesional. Los códigos tienden a la regulación de “todas” las situaciones posibles, refieren a los deberes y obligaciones que le competen al psicólogo en su ejercicio profesional, se encuentran comandados por la lógica del derecho positivo y, por tanto, están pensados desde y para el individuo consciente. Finalmente, los códigos no prescriben sobre las situaciones singulares, porque ellas exceden las prescripciones generales.

El sujeto es el paciente que se convierte en tal, movido por la particular relación que establece con el analista convertido en objeto. El analista se ubica en posición de objeto a partir de la neutralidad, y gracias a ella el paciente puede desplegar sus significantes en torno a un objeto que transferencialmente encarna el analista. Qué rasgos del analista son tomados por el sujeto, qué peculiaridades tiene ese objeto, cómo se monta la dialéctica transferencial, son cuestiones sumamente singulares, imposibles de ser apresadas por los códigos. Los códigos se encuentran con una imposibilidad, no pueden decir nada de lo singular. Los códigos solamente pueden referirse a aquello generalizable en la clínica.

Si bien los códigos no pueden decir nada de la singularidad del sujeto, tendríamos que pensar que los códigos deontológicos en psicología deberían permitir la emergencia del sujeto inconsciente. ¿Qué significa esto?

En primer lugar, operar resguardando la subjetividad del paciente. En este sentido, se ubicarían por ejemplo, las prescripciones deontológicas que prohíben las relaciones amorosas entre pacientes y terapeutas, pues éstas constituyen un obstáculo para el tratamiento y conllevan un daño para el paciente. Si el paciente actúa y no habla, no hay lugar para que surja el sujeto del inconsciente.

En segundo lugar, los códigos deberían prescribir sobre la función analítica y no sobre la persona del terapeuta. Es decir, no quedarse en consideraciones morales, sino apuntar a la ética profesional, a aquello que tiene que realizar el terapeuta en función de su trabajo. En este sentido, los códigos deberían profundizar en su tratamiento de la neutralidad. Tomar la neutralidad no en el sentido de objetividad²¹ o frialdad, sino en el sentido freudiano.

4.4 Conclusiones

a) Los códigos deontológicos son necesarios. Constituyen un marco legal que regula las prácticas psicológicas (docencia, investigación, evaluación, etc.), y también da lineamientos que permiten enmarcar la práctica clínica. La necesidad de los códigos de ética se puede fundamentar desde dos flancos. Por un lado, la importancia de contar con un marco legal (códigos y leyes del ejercicio profesional) que establezcan ciertos mínimos esperables en la relación entre un paciente y un psicólogo. Por otro lado, la elaboración de los códigos de ética en las distintas Asociaciones y Colegios profesionales constituye un ámbito de

21. La objetividad es imposible en el análisis, ya que el paciente nunca puede ser "objeto" de tratamiento. El único objeto es el analista en función de objeto "a".

reflexión sobre la propia práctica, y de formación para sus miembros en los principales capítulos de la ética profesional.

b) Los códigos deontológicos de psicología son insuficientes. Los códigos fijan mínimos exigibles a profesionales. Pero justamente tienen una imposibilidad de abordar lo singular, las coordenadas situadas que marcan las particulares condiciones del tratamiento. En este punto se hace necesario distinguir las exigencias morales en las que debe desarrollarse un tratamiento psicológico, dentro de las cuales ubicamos los códigos deontológicos, de las exigencias éticas que nos remiten a estos aspectos singulares que surgen en el seno de un tratamiento, y demandan la formación personal y ética del profesional. Freud los distingue en diversas obras. En “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, distingue moral de ética en este sentido, y en la tardía obra “¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial”, Freud sostiene que:

“Ceder a los reclamos de la transferencia, cumplir los deseos del paciente de una satisfacción tierna y sensual, no sólo es prohibido por legítimas consideraciones morales, sino que resulta por completo insuficiente como medio técnico para el logro del propósito analítico...” (Freud, 1926:212)

Lo que Freud ubica como consideraciones morales tiene que ver con los acuerdos y convenciones sociales y/o grupales que fijan ciertas pautas de conducta esperables, mientras que la técnica para el logro del propósito analítico es sin duda la orientación hacia lo singular que se pone en juego en la clínica desde la perspectiva ética.

Bibliografía

- Badiou, A. (1993): *L'éthique. Essai sur la conscience du mal*, París, Hatier, 1993.
- Canto-Sperber, M. (2002): *La inquietud moral y la vida humana*. Barcelona, Paidós, 2002.
- Freud, S. (1915): “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1991, Tomo XII.
- (1926): “¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial”, en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1991, Tomo XX.
- Miller, J. y Laurent, E. (2005): *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires, Paidós, 2005.
- Ormart, E. (2006a): “Abstinencia y neutralidad: un análisis de los Códigos de Ética de las Asociaciones de Psicólogos de la República Argentina”, en *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Vol. 3 Nro. 1, pp. 20-34.



Capítulo 5

Algunas reflexiones finales

No hay modo de controlar por medios externos las violaciones de límites en la relación terapéutica, pero la inclusión explícita en los códigos de ética profesional de la prohibición de explotar sexualmente a los pacientes formaliza el compromiso del profesional, y cumple con la expectativa del público de estar protegido.

(Eva-Condemarin, 1992)

Sabemos que el conocimiento no garantiza el cambio actitudinal. Sabemos que la apropiación conceptual de los códigos deontológicos no garantiza el ejercicio de los deberes y obligaciones profesionales del psicólogo. Sabemos que para llevar adelante la práctica clínica no es suficiente el saber teórico, ni deontológico. Sin embargo, los códigos de ética son necesarios, tal como señalamos en el capítulo anterior, bajo sus dos modalidades, de expresión de principios orientadores y como propiciadores de debates en el seno de la comunidad psi.

En el marco de la realización de un Código de Ética de los Psicólogos de la República Argentina, debemos defender una posición pluralista que permita que los psicólogos de distinta formación teórica puedan adherir a las prescripciones deontológicas. Como señalamos anteriormente, en el primer nivel de la relación clínica pueden presentarse algunas dificultades para lograr el consenso, pero existen elementos comunes a todas las orientaciones teóricas. Ellos constituyen los *mínimos deontológicos* en materia de abstinencia y neutralidad. Los terapeutas encuestados, cuyos resultados encontramos en el capítulo 1 y 3 de este libro, respondieron desde estos mínimos. La lógica que comanda

la acumulación de saber es la lógica de lo general. Desde esta lógica se compila el saber existente y se incluyen como hipótesis de trabajo de los redactores del código las posibles situaciones que estarían contempladas en las prescripciones formuladas.

Las mayores dificultades se suscitan en el segundo y tercer nivel. Los conceptos de abstinencia y neutralidad tienen en sí mismos una fuerte carga teórica psicoanalítica. La abstinencia como posición del psicólogo que opera con la transferencia y la contra-transferencia es aceptada por diferentes líneas teóricas. No así la neutralidad. Vemos que en el seno mismo del psicoanálisis hay quienes defienden la neutralidad y quienes la consideran un concepto caduco, reemplazado por el de contra-transferencia. La operatoria desde la neutralidad en la clínica tampoco es aceptada por las terapias no analíticas.

En el segundo nivel de análisis, se presenta fuertemente la consideración de la transferencia y la contra-transferencia, cuya ponderación queda posibilitada en el tratamiento que reciben las relaciones amorosas entre terapeutas y ex pacientes. La dificultad en este punto se encuentra en que el concepto mismo de contra-transferencia anula la asimetría entre terapeuta y paciente, ya que pondera con igual importancia los sentimientos del paciente y del terapeuta.

En tanto planteo abierto a la consideración y resolución de cada profesional, permite que cada psicólogo, según la evaluación que haga de los siete principios recomendados por el Código de psicólogos americanos, pueda resolver la situación de la forma más conveniente. Sin embargo, hemos observado en las justificaciones que realizan los terapeutas de los siete factores para tener en cuenta, que permiten habilitar o no una relación de otra índole con un ex paciente, el que más ha sido considerado es el tiempo. Pero la frecuencia con la que se considera (8 %) es muy baja. El caso de la involucración sexual con un ex paciente es un claro ejemplo del escaso nivel de problematización, y el acotado conocimiento que presenta la muestra sobre el estado del conocimiento sobre el tema que nos ocupa.

En este punto no hablamos de prescripciones deontológicas mínimas, sino de *puntos de debate* surgidos en el seno del estado del arte, que dan cuenta de la tensión misma en el desarrollo del conocimiento. La presencia de debate nos habla de un avance en el conocimiento. No debemos olvidar el aspecto dinámico de los códigos, en tanto que deben estar abiertos a nuevas consideraciones. La lógica que comanda la producción de los códigos es la lógica de la singularidad en situación. Los códigos en este sentido se encuentran abiertos a la experiencia cotidiana, y son un espacio de pensamiento crítico y productivo. La singularidad aquí aludida no es la del sujeto singular, sino la potencia de desborde de situaciones singulares que se producen en la realidad cotidiana, y que en un esfuerzo de homogenización dan lugar a una nueva pauta o prescripción deontológica.

Pensar la abstinencia y la neutralidad en el tercer nivel de análisis supone considerar ciertos lineamientos teóricos propios de un grupo de la comunidad de psicólogos que no pueden formar parte del corpus deontológico.

Finalmente, los *máximos éticos* aparecen en el segundo y tercer nivel en la consideración del sujeto singular que es propio de la clínica psicológica. Y justamente su singularidad es lo que impide su generalización a través de los Códigos. En este plano se vuelve central la construcción de un *saber-hacer-ahí* por parte del analista, para poder lidiar con sus pasiones.

Bibliografía

Eva-Condemarín, P. (2001): “Transgresión sexual en la relación médico-paciente”, en *Revista chilena de neuropsiquiatría*, Vol. 39, Nro. 4, octubre 2001.

