

---

# TEORIA, TÈCNICA I CLÍNICA PSICOANALÍTiques

---

## Transgressions en psicoanàlisi

---

*Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXVIII/2*

Guillermo Bodner<sup>1</sup>  
Barcelona

*L'autor d'aquest article considera que el marc de treball analític (setting) és un recurs essencial per al desenvolupament del procés terapèutic. Aquest marc no ha de ser rígid, sinó que s'ha de poder franquejar durant el tractament. Però hi ha transgressions, perquè aquests moviments estan influïts per les estructures inconscients que es mobilitzen en l'anàlisi. Es descriu una revisió breu d'aquestes estructures i moviments i es diferencia entre les inevitables*

---

Article rebut el 5-4-2021. Acceptat el 23-6-2021.

1. Psicoanalista didàctic de la SEP i la IPA. Vicepresident de la SEP. Membre del Board de l'*International Journal of Psychoanalysis* (IJPA).  
Email: [gbodnerp@gmail.com](mailto:gbodnerp@gmail.com)

*desviacions i les violacions greus que impedeixen continuar el tractament.*

**Paraules clau:** límits, marc de treball, *setting*, transferència sexual, transgressió, violacions del marc de treball

### **Introducció**

La violació dels límits<sup>2</sup> en el procés psicoanalític es refereix a la ruptura del marc que fa viable l'operació de l'anàlisi. El marc de treball proporciona a l'analista i al pacient les condicions per establir una relació útil per a l'exploració, la comprensió i el tractament de les condicions que fan que el pacient vagi a la consulta.

Al mateix temps, però, hem de tenir present el que Gabbard va escriure: «El marc psicoanalític és un altre terme que em neguiteja des de fa temps, perquè evoca la imatge d'un marc rígid. Els límits del marc són molt lluny de ser rígids en un procés analític en què l'analista repetidament negocia i ajusta el marc a les necessitats i a les característiques úniques del pacient» (Gabbard, 2016, p. 225).

El procés analític i el marc (*setting*) en el qual es desenvolupa, mobilitzen defenses i ansietats en el pacient, però també en l'analista. Una gestió curosa d'aquests processos és essencial per protegir-ne el curs favorable i evitar situacions que interfereixin amb el procés analític i, en alguns casos, el facin impossible i en provoquin la interrupció.

### **Estabilitat i límits del marc de treball**

A fi de no centrar-me en una descripció merament fenomenològica, crec que cal recordar uns quants conceptes desenvolupats pels psicoanalistes de diferents escoles per reflexionar amb una base metapsicològica sobre les qüestions dels límits i de la seva violació.

L'acord entre el pacient i l'analista pel que fa al *setting* no s'acaba formulant unes regles i acceptant-les. Aquest procés no és tan sols una cosa anterior al començament de l'anàlisi, sinó que forma part de la mateixa anàlisi, perquè les regles externes (horaris, freqüència, ús o no de divan, honoraris) influeixen i estan influïdes per les configuracions «internes» inconscients, de manera que considero que l'establiment del marc és una part essencial del procés analític.

---

2. Per a una revisió de tots dos termes —límits i violació de límits—, vegeu Gabbard, 2016.

Un cop s'ha acceptat el marc de treball i comença l'anàlisi, és inevitable que es franquegin els límits unes quantes vegades, tant per part del pacient com de l'analista. Però aquestes situacions s'han d'entendre i, si és possible, s'han d'interpretar i tractar. En aquest punt, és important diferenciar entre aquest tipus de vulneracions i les transgressions o violacions de límits clares, que no deixen espai per a la investigació analítica.

Una part important de la relació entre pacient i analista consisteix a trobar una manera d'aplicar el model típic a cada cas i respectar alhora les regles fonamentals; el consentiment del pacient no hauria de ser un acte de submissió. Al contrari, requereix temps i elaboració per part del pacient per incorporar amb la seva experiència la necessitat de tenir aquest marc, tant en el paper de facilitador de comunicacions inconscients com en el de protector de les ruptures que poden conduir a una crisi. Els acords als quals s'arriba en les entrevistes inicials han de tornar a ser analitzats, de manera que el pacient sigui un subjecte actiu en la constitució i el manteniment del marc de treball.

El marc clàssic es va establir a còpia de temps, i per mitjà de l'avaluació crítica de situacions complexes que van aparèixer al començament de la pràctica psicoanalítica. La tècnica analítica es va desenvolupar al mateix temps que el coneixement del seu objecte d'estudi: l'inconscient i les seves manifestacions.

En els inicis, el coneixement que s'adquiriria posteriorment sobre la força dels impulsos i les ansietats que es mobilitzen en el tractament encara quedava lluny.

La dinàmica de la transferència i la contratransferència va ser un descobriment relativament tardà, producte de l'anàlisi crítica dels tractaments, dels seus èxits i dels seus fracassos. Així doncs, el marc no és un punt de partida abstracte.

Hi ha exemples ben coneguts, com el de Breuer amb Anna O o el de Freud amb Dora, perquè van ser publicats, però n'hi ha molts altres que no s'han publicat, perquè la psicoanàlisi es va desenvolupar en grups socials bastant reduïts que van afavorir la interferència entre la relació analítica i altres lligams, que van facilitar la confusió o el fracàs terapèutic.

A parer meu, no és una «història fosca de la psicoanàlisi» sinó més aviat un temps d'aprenentatge, inevitable i necessari, el que va proveir una base empírica a partir de la qual reflexionar i teoritzar sobre el que havia passat, i aprendre de la crítica.

La psicoanàlisi és una pràctica que analitza els seus fracassos i intenta crear un camí d'aproximació que afavoreixi la lliure associació del pacient i l'atenció flotant de l'analista. És una manera d'abordar el postulat de Freud d'una comunicació d'«inconscient a inconscient» (que constitueix un altre «model ideal»).

La idea de límit està relacionada amb un espai, i aquest concepte es va encunyar a partir de les primeres estratègies de Freud en les seves cartes a Fliess, el seu assaig sobre els somnis, i que va continuar desenvolupant al llarg de la seva obra. Alguns esbossos espacials ja s'havien dibuixat al seu Projecte.

Aquestes estratègies espacials van esdevenir cada vegada més complexes quan Freud va descriure la incorporació d'objectes externs en els processos de dol (Freud, 1917) per configurar un «món intern» ocupat per objectes i les seves dinàmiques, i es van seguir desenvolupant amb l'anomenada «segona tòpica». Aquesta concepció de la psique inconscient va ser ampliada en les elaboracions de Melanie Klein i d'altres autors.

L'espai intern és el resultat de la introjecció més o menys distorsionada dels objectes reals externs i de les seves relacions recíproques. Cada individu construeix inconscientment l'estructura bàsica de la seva personalitat. Les característiques de cada subjecte sorgeixen de les influències constitutives i d'altres factors ambientals, com les identificacions, les relacions d'objecte o altres.

L'espai intern té les arrels en l'espai real que el nen experimenta amb els seus primers objectes, com ara el pit de la mare. Aquest espai real pot ser inconscientment reconegut o negat, segons els trets conscients i inconscients de la relació mare-bebè. A partir dels aspectes fantasiejats d'aquesta experiència, el nen introjectarà un espai intern que afavoreixi el seu desenvolupament o condueixi a diverses formes de trastorns.

La formació de l'espai intern és un complex procés evolutiu que de vegades té èxit, però d'altres fracassa. En un desenvolupament de la teoria kleiniana, Britton (1998) descriu com en el desenvolupament normal «la percepció que el nen té del fet que els pares s'uneixin amb independència d'ell s'afegeix al seu món psíquic. Crea un món en què hi pot haver diferents relacions d'objecte, més que no pas mons monàdics en sèrie cada un dels quals té la seva pròpia relació d'objecte» (p. 41). Dit d'una altra manera, la integració del món intern depèn de la resolució adequada de les fases prèvies, que permeten que l'individu toleri l'experiència d'un escenari primari en el qual no participa; la tolerància a aquesta exclusió obre el camí cap a un desenvolupament diferenciat.

Amb algunes modificacions, aquest espai és paral·lel al que descriu Winnicott (1971), que el va anomenar espai «potencial» o «transicional» en les seves experiències amb el joc dels infants. Aquestes idees estan relacionades amb l'espai potencial recuperat per Ogden (1985). Ogden escriu: «Potser la més important i al mateix temps la més elusiva de les idees presentades per Donald Winnicott és el concepte d'espai potencial. L'espai potencial és el terme general que Winnicott feia servir per referir-se a una zona intermèdia d'experiència que se situa entre fantasia i realitat. Entre les formes específiques d'espai potencial hi ha l'espai de joc, l'àrea de l'objecte i

fenòmens transicionals, l'espai analític, l'àrea d'experiència cultural i l'àrea de creativitat» (Ogden, 1985, p. 29). Naturalment, aquests conceptes també són aplicables a la relació analítica.

Per a Winnicott, «Espai potencial... és l'àrea hipotètica que existeix (però que no pot existir) entre el bebè i l'objecte (la mare o una part de la mare) durant la fase de repudiació de l'objecte com a no-jo, és a dir, al final de la seva fusió amb l'objecte» (Winnicott, 1971, p. 107). Aquest tipus de vincle en l'espai potencial afavoreix l'aparició de paradoxes (jo/no-jo, realitat interna/realitat externa) que l'analista tolera sense intentar resoldre.

De la mateixa manera que l'estructura del món intern està parcialment condicionada pels vincles amb objectes, els vincles reals també estan influïts per estructures i dinàmiques inconscients. El nostre mode de relació amb els altres està marcat per l'inconscient en combinació i en conflicte amb el pensament racional.

L'organització del *setting* analític ha d'oferir un marc de la màxima neutralitat possible en el qual el pacient pugui projectar el seu món intern, en una relació estreta però asimètrica amb el de l'analista. En aquest marc, els patrons del món intern de l'analitzat que es canalitzen en l'analista per mitjà de la transferència es poden observar i, quan és possible, interpretar. Les intervencions de l'analista estan marcades per la seva contratransferència, que fa que l'anàlisi estigui exposada a les tensions inconscients de totes dues parts.

L'estabilitat relativa del marc és un mitjà útil per observar les oscil·lacions en la relació de transferència i de contratransferència, i proveeix un mitjà de contenció, de comprensió i d'interpretació. El respecte pels límits no implica un marc rígid, però només amb una definició clara dels límits es poden observar desviacions i donar-los un significat. És impossible que una anàlisi tingui lloc sense algunes alteracions del *setting* (horaris, honoraris, etc.). És important, però, diferenciar la flexibilitat necessària de les transgressions, que fan que l'anàlisi sigui impossible.

Aquests límits estan destinats a protegir l'anàlisi. Per tant, l'analista i el pacient han de limitar la seva relació estrictament a l'anàlisi: no s'han de permetre lligams de cap altra mena. Evidentment, entre aquests límits hi ha qualsevol contacte físic o relació sexual. Aquestes consideracions no són òbvies perquè l'anàlisi, per la seva pròpia naturalesa, mobilitza impulsos libidinosos o agressius que influeixen poderosament el camp de la transferència i de la contratransferència. Aquests impulsos poden passar desapercebuts a l'analista, el qual només pot ser-ne conscient un cop han tingut lloc.

Una situació diferent seria si el pacient o l'analista es permetés la materialització conscient d'aquests impulsos per unes demandes de satisfacció impossibles de controlar o altres justificacions racionals que es poguessin aduir. L'expressió espontània de fantasies, la seva contenció i el

seu funcionament són possibles sempre que es mantinguin els límits analítics. Dins d'aquest espai, es poden representar els impulsos i assolir la simbolització i el pensament. Aquest procés afavoreix la superació de les defenses patològiques i la creació de noves maneres més satisfactòries de gestionar i contenir les ansietats.

Aquest espai potencial no és rígid ni constant, sinó que està subjecte als canvis que n'amplien o en redueixen el funcionament. En aquest punt, pot ser interessant recordar l'aportació de Britton amb la seva idea de «posició postdepressiva». D'una banda, Britton acaba considerant la posició depressiva (D) clàssica com l'objectiu final del desenvolupament. De l'altra, adverteix que cada experiència nova pot implicar un moviment de D a Ps (posició esquizoparanoide), fet que implica alteracions menors del funcionament normal. El pas a Ps estimula la recuperació de D, però és una nova D, que incorpora la nova experiència i estimula el creixement mental. Això afavoreix o deteriora la capacitat de simbolització o, en la direcció contrària, la tendència a la concreció. L'oscil·lació entre aquests extrems és la manera de funcionar en tota anàlisi i, per tant, no és fàcil diferenciar entre oscil·lacions necessàries i violació dels límits.

Bion va dedicar una atenció especial als processos que estan per sota de la formació del pensament. Va partir de l'experiència clínica de pacients incapaços de pensar, amb unes personalitats i una estructura que els porta a utilitzar altres mitjans de comunicació que acompanyen o substitueixen la verbalització i la simbolització. L'analista ho hauria de copsar en la sessió si té la sensibilitat, l'experiència i els coneixements teòrics i de contratransferència adequats, així com capacitat de contenció. A pesar de tot, són freqüents les situacions en què no és fins després de la sessió o durant la supervisió que es pot ser conscient d'aquests processos.

Resumint, hi ha pacients que no poden usar la seva ment per pensar, sinó per evacuar els seus impulsos en l'objecte, és a dir, sobre l'analista durant la sessió. Bion va observar pacients greument malalts que poden sentir que la interpretació de l'analista significa un rebuig de les seves projeccions, que condueix a un cercle viciós de malentesos malignes. Aquestes observacions són importants perquè assenyalen uns moments en tota anàlisi en què la diferència entre fantasia i realitat es redueix o desapareix. Poden implicar una incapacitat permanent o transitòria de l'analista per reconèixer les úniques formes de comunicació de què disposa un pacient en un moment crític de l'anàlisi. Aquesta incapacitat pot portar l'analista a confondre el significat de les projeccions del pacient, el qual li transfereix la seva incapacitat per discernir realitat de fantasia. En aquests moments, l'analista pot interpretar aquestes projeccions com a elements concrets que impulsen a l'«acció».

Bion va descriure una funció d'objectes primaris per mitjà de la qual les projeccions es transformen en elements alfa, adequats per emmagatzemar, somiar i simbolitzar. Però també va descriure que, sota l'efecte de determinats

impulsos com l'enveja, es posa en marxa una funció antialfa que produeix elements beta, que no són adequats per a la simbolització i el pensament, sinó que més aviat en promouen l'expulsió mitjançant mecanismes com la identificació projectiva.

Ogden (1985) descriu «els fets imitatius, les paraules, els comportaments i les accions tenyides amb rastres del jo i del superjò, amb la interferència de processos secundaris, sobretot del pensament racional, que es pot considerar que té l'origen en la funció antialfa...» (p. 49). Clínicament, una falta de ressonància, de profunditat i d'associacions que porten adherit un contingut manifest, són bons indicadors per passar de l'àmbit simbòlic a la concreció (activitat beta) (Abel-Hirsch, 2016).

Els límits del marc psicoanalític representen zones diferents de l'inconscient que ens protegeixen de la intrusió psicòtica o d'altres trastorns greus. Així doncs, la noció de límit en el marc analític suposa la frontera que evita la irrupció incontrolada d'ansietats primitives en forma de manifestacions psicòtiques. Cal subratllar la idea d'«incontrolada», perquè la irrupció del funcionament psicòtic pot ser inevitable en certs moments de l'anàlisi. És decisiu, però, diferenciar les manifestacions primitives o psicòtiques, que tenen lloc segons les restriccions protectores del marc, de les que es desencadenen a causa de la violació sistemàtica del marc.

Aquestes llargues consideracions pretenen suggerir que el *setting* no és un escut protector contra possibles violacions. Ara bé, un examen detallat del marc i de les seves oscil·lacions durant la sessió ens ofereix indicis importants que s'han d'examinar a fi de no actuar en lloc d'analitzar.

És important tenir present que les responsabilitats del pacient i de l'analista no són les mateixes. És una part de la relació asimètrica. Nosaltres podem entendre les dinàmiques inconscients subjacents a aquestes violacions, però l'analista ha de gestionar els seus conflictes de manera que no afectin l'analitzat ni l'àmbit de la transferència. Mentre que el pacient pot expressar lliurement els seus impulsos i fantasies, l'analista està obligat a protegir el marc mitjançant les interpretacions i una investigació acurada de la seva contratransferència.

La violació del marc tolerada o encoratjada per l'analista (cedint a les fantasies i projeccions del pacient o als seus propis impulsos) és traumàtica per al pacient (i sovint també per al psicoanalista), tot i les gratificacions puntuals obtingudes. La crisi del marc protector i de les seves conseqüències en forma d'accions perjudicials té el significat d'incest quan una figura parental, de la qual s'espera protecció i ajuda, esdevé l'agent d'abús. Les transgressions desencadenen un trastorn en què el pacient, igual que el nen, ha de suportar la càrrega de «contenir» l'analista/progenitor invertint l'organització normal o confabulant-se amb les inevitables conseqüències catastròfiques.

En els models que han estat desenvolupats a partir de dedicar una atenció més bona al paper de l'analista, a la seva contratransferència i als efectes de les seves interpretacions, sobresurt, entre altres, el concepte del tercer. És un punt comú a molts desenvolupaments teòrics i tècnics.

J. Benjamin exposa: «El concepte de tercer significa una àmplia varietat de coses per a pensadors diferents, i ha estat utilitzat per referir-se a la professió, a la comunitat, a la teoria amb la qual es treballa —qualsevol cosa que un té al cap i que crea un altre punt de referència fora de la díade (Aron, 1999; Britton, 1998; Crastnopol, 1999). No m'interessa quina “cosa” fem servir, sinó el procés de creació de terceritat —és a dir, com construïm sistemes de creació i com desenvolupem capacitats intersubjectives per a una cocreació com aquesta. Penso en termes de terceritat com una qualitat o experiència d'afinitat intersubjectiva que té com a correlat un cert tipus d'espai mental intern; està estretament relacionada amb la idea de Winnicott d'espai potencial o transicional» (Benjamin, 2004, p. 7).

En el debat actual, l'ús del tercer objecte s'ha de distingir rigorosament del tercer intersubjectiu o tercer simbòlic, perquè no hi ha reconeixement d'una subjectivitat separada en la ment del transgressor. Al contrari, el tercer és usat, com en el «tercer negatiu» de Benjamin (2004), en complementarietat, o faedor-fet, de les relacions, com el tercer subjugador d'Ogden (1994), o a la manera amb què Aron (1999) i Greenberg (1999) utilitzen el concepte, com a representatiu de la comunitat analítica.

«Considerant les causes i remeis per a la crisi de reconeixement (Benjamin, 1988) i la manera com la crisi i la renovació alternen en el procés psicoanalític (Benjamin, 1988), permetin que els formuli el contrast entre la dualitat de la complementarietat i l'espai potencial de la terceritat. En l'estructura complementària, la dependència esdevé coercitiva i, de fet, la dependència coercitiva que atrau cada u a l'òrbita de reactivitat a l'escala de l'altre, és una característica destacada de l'*impasse*. Els conflictes no es poden processar, observar, mantenir ni mediar, ni s'hi pot jugar. En lloc d'això, emergeixen en l'àmbit procedimental com a una oposició no resolta entre nosaltres, fins i tot l'“ull per ull”, basats en l'ús de la divisió per part de cada participant» (Benjamin, 2004, p. 8-9).

L'aspecte paradoxal del marc està ben expressat per Celenza (2007): «D'aquesta manera, el marc de treball del tractament és una estructura complexa que únicament exemplifica diverses contradiccions. Especialment interessant és la manera com el *setting* del tractament combina aquests dos eixos oposats: l'eix d'igualtat i el de mutualitat (una experiència del tipus: “En això, hi som tots dos”), amb el focus contradictori i desequilibrat sobre l'anàlisi, i una experiència del tipus: “En això estàs sol”» (2007, p. 291). Això recorda la idea de Winnicott de les paradoxes de l'espai transicional mencionades més amunt.



Amb el que s'ha dit fins ara, sembla clar que ni l'anàlisi personal ni la formació teòrica i clínica ofereixen cap garantia de seguretat contra possibles violacions dels límits. Com assenyala Gabbard, «qualsevol que hagi estudiat aquest fenomen en detall aviat aprèn la veritat desconcertant: tots som potencialment vulnerables a diversos tipus de transgressions de límits, entre elles les sexuals, amb els nostres pacients (Celenza, 2007; Gabbard, 1994)» (Gabbard, 1995/2002, p. 34).

És freqüent i comprensible que el desig d'«ajudar el pacient» es trobi a la base de la nostra elecció de la psicoanàlisi com a professió. Tanmateix, cal subratllar que l'única ajuda que podem oferir als nostres pacients és mitjançant l'anàlisi dels conflictes i no amb la gratificació dels impulsos, molt menys si estan en col·lusió amb els nostres. En la meua opinió, alguns analistes alteren la noció d'ajuda en no limitar-la clarament a l'aplicació rigorosa dels recursos analítics.

La contenció de les demandes del pacient és un aspecte difícil de gestionar. Hi ha demandes regressives que rebutgen interpretacions o la contenció analítica, i que exigeixen ser satisfetes en la realitat. Això pot portar l'analista a «actuar en ajuda del pacient» col·ludint amb aquestes demandes, que poden ser sexuals o d'altres tipus amb components fortament eròtics.

### **La pèrdua de la funció analítica en el psicoanalista**

Seria un error pensar que l'analista adquireix la funció analítica durant la seva formació i la reté per sempre. El treball analític amb molts pacients, si bé reforça la nostra experiència i el nostre coneixement, també produeix un «desgast per ús». Això afecta la nostra disposició a començar cada sessió com una experiència nova, oberta a reconèixer el que vivim en aquest moment singular i sense aplicar el que sabem, que potser no és important per a aquell moment concret.

La confiança en el mètode psicoanalític és necessària per gestionar les vicissituds de la relació de transferència. No és una submissió acrítica a les tècniques clàssiques, sinó una profunda introjecció de teoria i tècnica que ens permet adaptar-nos a cada cas singular que decidim tractar. El contrari seria condemnar la nostra pràctica professional a un dogmatisme esterilitzador.

Al mateix temps, aquest marc s'esforça per protegir l'analista i el pacient dels actes perillosos que interfereixen en l'anàlisi i causen situacions en què l'acció substitueix la reflexió analítica o en malbarata la continuació. La transgressió del marc psicoanalític durant un tractament pot ser una situació seriosa que comporti conseqüències greus per al pacient, per a la seva família i també per al psicoanalista; també afecta la institució i la professió en general.

La transgressió dels límits és una cosa que passa en la vida social, normalment associada amb relacions de poder, jerarquia laboral o poder físic o «espiritual», així com en l'àmbit religiós i altres entorns de dependència. La paradoxa de la psicoanàlisi és que mobilitza *forces reals*, impulsos, desitjos, inhibicions a ser tractats com a fantasies, com a produccions psíquiques, i, en aquest camp, fa hipòtesis sobre el seu significat, les seves motivacions i objectius inconscients. Aquesta paradoxa existeix sempre, i és més: sense ella no hi hauria anàlisi. Però, al mateix temps, el fet que els impulsos reals o els sentiments siguin tractats com a productes psíquics implica un perill permanent de confusió o de frustració per a tots dos, pacient i analista.

El paper de l'analista implica no ignorar les realitats objectives i subjectives del pacient, però al mateix temps no quedar-s'hi atrapat. Es tracta d'un moviment permanent en cada anàlisi. Per part del pacient, significa acceptar la frustració que les seves realitats són transferides a un altre estadi (el seu món intern, la relació de transferència) en lloc de ser satisfetes com ell exigeix: en el món real. Per part de l'analista, significa assumir aquest paper d'analitzar sense satisfer les demandes instintives ja suggerides per Freud: la psicoanàlisi només es pot dur a terme en un clima de privació.

La transgressió dins del marc d'un tractament psicoanalític té unes connotacions especials perquè el *setting* i les dinàmiques del tractament estimulen impulsos profunds i reals, tant en el pacient com en l'analista, d'una intensitat tal que comporten accions en lloc d'anàlisi i creixement mental. El que és específic de les transgressions en psicoanàlisi és que no tan sols es mobilitzen totes dues subjectivitats, sinó que aquests moviments involucren les capes més profundes de l'inconscient que són reprimides o trencades.

Durant molts anys, els analistes de diferents tendències han qüestionat el valor de conceptes com neutralitat, objectivitat, actitud de l'analista pel que fa a la seva contratransferència, autorevelació i altres. Aquestes qüestions teòriques han estat àmpliament debatudes. D'una banda, des de la teoria de la tècnica, en què algunes formulacions es veuen des d'una altra perspectiva després de més d'un segle d'experiència clínica. Aquests debats apareixien a mesura que es prestava més atenció al paper de l'analista en el tractament, a la seva implicació subjectiva, a la seva organització psíquica o als punts no resolts de la seva personalitat. Però també tenen un aspecte pràctic o clínic, fins al punt que les seves modificacions poden implicar uns canvis en el marc de treball que faciliten, més enllà de les intencions de l'analista, accions que distorsionen el procés analític i transformen el vincle de transferència en una repetició dolorosa de relacions patològiques en la història del pacient. I, d'altra banda, es podria encoratjar l'analista a tenir un paper en l'escenari de la transferència/contratransferència, en què pacient i analista posen en acció objectes primitius dels seus respectius mons interns.

A més de les grans violacions dels límits, també podem considerar-ho un trencament si analista i analitzat només pensen en termes del món real i deixen de banda l'aprehensió de les fantasies inconscients, les defenses i altres mecanismes.

El paper del tercer objecte, que ja ha estat apuntat més amunt, també és un procés dinàmic exposat a les vicissituds de dinàmiques inconscients. J. Benjamin (2004) assenyala: «Així, considero decisiu no reificar el tercer sinó considerar-lo principalment com un principi, una funció o una relació més que no pas com una "cosa", de la mateixa manera que la teoria o les regles de la tècnica són coses. El meu objectiu és distingir-lo de les màximes o ideals del superjò que l'analista manté amb el seu jo, sovint aferrant-s'hi igual que una persona que s'ofega s'aferra a una palla. Perquè en l'espai de la terceritat, no ens agafem a un tercer; estem, segons l'ús oportú de Ghent (1990), rendint-nos-hi» (2004, p. 7-8). La qüestió rau, des del meu punt de vista, en el fet que tant les transgressions com la submissió poden ser objecte d'anàlisi i no d'accions que distorsionen la feina. En aquest punt, és important recordar el que hem escrit més amunt sobre els processos de concreció.

Una transgressió particularment greu és la implicació de l'analitzat i de l'analista en una relació sexual. Aquests esdeveniments passen en la pràctica clínica i tenim elements sobre els quals reflexionar, perquè, entre altres coses, aquestes accions i les seves conseqüències alteren les vides de tots dos. D'una banda aturen el procés analític, però de l'altra poden produir greus trastorns en l'estat mental de tots dos. En el cas del pacient, pot passar que reprengui el tractament amb un altre analista i pugui examinar què va passar. En el cas dels analistes, n'hi ha molts que després d'aquests episodis han tornat a analitzar-se, fet que proporciona una comprensió més profunda de les dinàmiques que es posen en joc en aquestes accions. Es produeixen grans patiments quan és possible analitzar aquestes violacions. Però hi ha altres casos en què el mètode analític es devalua i l'individu traumatitzat ja no busca aquest tipus d'ajuda psicològica.

### **Algunes observacions sobre l'anàlisi de formació**

En principi, una anàlisi de la formació d'analistes no es diferencia de cap altra anàlisi. Malgrat tot, és possible que fer-se càrrec d'un pacient que té la intenció de formar-se com a analista ens desvetlli plantejaments ben diferents: des de la simpatia i el desig d'ajudar un futur col·lega fins al rebuig o la rivalitat contra trets que considerem inadequats per dur a terme els seus desitjos. Per bé que sabem que la nostra funció analítica està desconnectada de les comissions d'admissió o similars, segons l'organització de cada institució de formació, és possible que tingui lloc una confusió de papers. En aquests casos, confondre el nostre paper pot donar lloc a una altra variant de violació dels límits, potser aparentment menys ostensible i seriosa, però igualment perjudicial per al procés analític, com ja han comentat altres psicoanalistes.

De vegades, la idea que la funció d'ajudar només pot ser gestionada mitjançant l'anàlisi no es destaca suficientment. La interpretació treballa conjuntament en ocasions per donar sentit a les manifestacions d'interpretació o contenció obscures o inaccessibles, també enteses psicoanalíticament, la qual cosa implica evitar qualsevol acte de col·lusió, fins i tot en casos extrems en què una certa col·lusió és inevitable, mirant d'analitzar-la tan profundament com sigui possible.

En moltes ocasions, les comunicacions del pacient ens conviden a fer un paper d'«objecte bo». Sense censurar en absolut aquesta possibilitat, hem d'examinar les motivacions inconscients que poden conduir el pacient a reclamar gratificacions reals o fantasiades, i l'analista a fer aquest paper gratificador. És possible descobrir que, en alguns casos, aquests papers no depenen només de l'estat actual de la sessió, sinó que també expressen la materialització de conflictes primaris del pacient i també de l'analista.

*Traduït de l'anglès per Margarida Trias*

## **RESUMEN**

El autor de este artículo considera que el marco analítico es un recurso fundamental para el desarrollo del proceso terapéutico. Si bien este marco no ha de ser rígido, será inevitablemente atravesado por múltiples ansiedades durante el tratamiento. Esto sucede porque estos movimientos están bajo la influencia de estructuras y emociones inconscientes que se movilizan en el análisis, tal como se describen en el artículo. Es necesario diferenciar entre desviaciones inevitables y las violaciones severas que ponen en peligro la salud mental del paciente y del terapeuta.

**Palabras clave:** encuadre, límites, *setting*, transferencia sexual, transgresión, violaciones del encuadre

## **SUMMARY**

The author of this article considers that the analytical setting is an essential resource for the development of the therapeutic process. This frame doesn't have to be rigid, instead it should be able to be opened up during treatment. However, there are transgressions because these movements are influenced by the unconscious structures that are mobilized during the analysis. A brief revision of these structures and movements is described, and the author differentiates between the inevitable deviations and the serious violations that prevent continuing the treatment.

**Key words:** limits, setting, sexual transference, transgression, setting violations

**BIBLIOGRAFIA**

- ABEL-HIRSCH, N. (2016). Bion, Alpha-Function and the Unconscious Mind. *British Journal of Psychotherapy*, 32 (2), p. 215-225
- ARON, L. (1999). Toward a Triadic Relational Theory: An Introduction. *Psychoanalytic Dialogues*, 9 (4), p. 441-443
- BENJAMIN, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. N. York, Pantheon Books
- (2004). Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanal. Quart.* 73 (1), p. 5-46
- BRITTON, R. (1998). *Belief and Imagination*. Londres, Routledge
- CELENZA, A. (2007). Analytic Love and Power: Responsiveness and Responsibility. *Psychoanal. Inq.*, 27 (3), p. 287-301
- CRASTNOPOL, M. (1999). The Analyst's Professional Self as a «Third» Influence on the Dyad: When the Analyst Writes About the Treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 9 (4), p. 445-470
- FREUD, S. (1917). Mourning and Melancholia. *S.E.*, 14
- GABBARD, G. (1994). On Love and Lust in Erotic Transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 42, p. 385-403
- (2016). Commentary on Steven H. Cooper's Paper «Blurring Boundaries or Why Do We Refer to Sexual Misconduct With Patients as 'Boundary Violation'». *Psychoanalytic Dialogues*, 26 (2), p. 223-228
- GABBARD, G. & LESTER, E.P. (1995). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Arlington, American Psychiatric Association Publishing. New ed., 2002
- GHENT, E. (1990). Masochism, Submission, Surrender-Masochism as a Perversion of Surrender. *Contemp. Psychoanal.*, 26, p. 108-136
- GREENBERG, J. (1999). Analytic Authority and Analytic Restraint. *Contemp. Psychoanal.*, 35 (1), p. 25-41
- OGDEN, T. (1985). On Potential Space. *Int. J. Psychoanal.*, 66, p. 129-141
- (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75, p. 3-19
- WINNICOTT, D. (1971). *Playing and Reality*. Londres, Tavistock Publications