

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA

JORNADA

“EL TRATAMIENTO PSICOANALITICO”

Sábado 2 de octubre de 2021

Primer bloque (de 9hs a 12hs)

Dr. Luis Chiozza: Bueno, ¿quién es el que va a empezar?

Lic. Sofía García Belmonte: Bueno, para empezar, porque recién le comentaba a Marina que “El tratamiento analítico” ... es amplio el título, pero antes pensaba en lo importante que es que nos reunamos, para hablar de esto, porque nos reunimos para trabajar mejor, bueno aumenta nuestro entusiasmo por el trabajo en la medida en que lo hacemos mejor.

Me surge una pregunta con respecto a ciertas dificultades que van surgiendo en la medida, como analistas, me sale decir que son técnicas y creo que son técnicas y para empezar a dar el puntapié, no sé si es ahondarlo, pero en la cuestión primero de que muy seguido nos sucede, claro lo espiritualizo dentro de mi grupo que hacemos interpretaciones al paciente que son más bien críticas y no nos damos cuenta no? me quedo preguntando si eso tiene que ver con la falta de concordancia con el paciente, con las cuestiones que uno no tiene resueltas en su propio análisis y cómo a veces oscilamos entre ser la enfermera que coloca la almohada y después la crítica que no sé si son dos cuestiones que veo que dentro de mi grupo de colegas con los que comparto más tiempo nos sucede. Y después con respecto a las interpretaciones ayer decías que menos es más con respecto a la forma de interpretar, no sé si me estoy yendo mucho para el lado de la técnica y esto es más amplio, pero bueno, si siempre menos ¿es más? Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno me parece que en esto que decís hay un punto que me importa mucho subrayar y es el hecho de que me parece que como situación colectiva estamos todos impregnados por una tendencia inconsciente que es quejarse sin darse cuenta que uno se está quejando y cuando un psicoanalista hace una interpretación crítica, en realidad se está quejando de que el paciente no está haciendo lo que el analista cree que tendría que hacer; pero esto suele ser tan inconsciente y al mismo tiempo tan generalizado que, en realidad, toma una forma encubierta. Basta prender el televisor y escuchar algún comentarista, sea político o sea lo que fuere, para darse cuenta de que hay una especie de queja ubicua que quien la pronuncia no la considera queja; la considera estar sentando doctrina, es como si dijera: estoy diciendo cómo las cosas deberían ser. Pero detrás de decir yo cómo las cosas deberían ser, lo que estoy haciendo es quejarme sin darme cuenta de que me estoy quejando.

Lic. Gloria Schejtman: Bueno, también como dijo Sofi me es muy grato que estemos acá varias horas conversando de lo que nos interesa y de manera presencial; bueno había pensado, para empezar, en varias metáforas que hacen a la actitud con la cual vamos, nos presentamos a interpretar y al tratamiento. Una por todos conocida es el tema del cobre y del oro; en un trabajo de Gustavo acerca de la función parental él asociaba el cobre del análisis con el proteger y el oro con el preparar, en el sentido de que, él decía en un momento que, al principio, el paciente que recién empieza por ahí tolera menos el oro y entonces como inicial contención, bueno algo así decía, pero tampoco estaba tan desarrollado en el trabajo. Yo lo traigo acá como estas metáforas que también el proteger lo asociamos a través de su metáfora, que trajo Sophie también, del enfermero y la de preparar con el médico; yo me preguntaba si estas maneras de ejercer el tratamiento son complementarias, si se tolera solamente el preparar o la actitud del médico, o se necesita también la contención, por supuesto que si prima el oro sabemos que es mejor y es más logrado. Pero bueno se me presentaron estas metáforas como actitudes para conversar y también pensé lo que dijo Sophie de lo que usted desarrolló el

jueves, esto de que menos es más. Yo pensaba también como actitud analítica, la actitud que siempre aprendimos en Melanie Klein, cómo ella desde el inicio se metía con la transferencia negativa, con el hueso del asunto. También pensé en cómo usted interpretaba en el caso Mary, son cosas que estuve pensando bastante y bueno nada, arranco con estas inquietudes para ir conversando. Muchas gracias.

Lic. Dorrit Busch: Bueno ya son muchas ideas que se plantearon, sobre lo que decía Sophie, yo pregunto si ella se refirió a la crítica, si no me equivoco, si es lo mismo que la queja, yo pensaba que muchas veces los analistas criticamos porque nos sentimos inseguros, porque es una cosa defensiva y entonces la culpa la tiene este paciente que no mejora.

Y lo otro es este asunto de que menos es más, eso también me tiene dando mucha vuelta y te quería preguntar o quería plantearles qué hacemos con lo que dijo Racker en su momento, de que si yo ahora no tengo tan presente la cita exacta pero algo así como que hablarle mucho el paciente también es mostrarle amor y mostrar que uno lo está acompañando, pero él no tenía esta idea y bueno cómo sería, yo entiendo que cuando uno habla menos tiene más significancia para el paciente.

Dr. Luis Chiozza: De lo que dijiste quiero aclarar que me parece, o por lo menos quiero subrayar, que cuando uno critica se está quejando.

Lic. Hilda Schupack: Bueno, yo también estoy contenta de tener esta Jornada porque además me hizo revisar otros temas, otras Jornadas y me doy cuenta que hay muchos temas que vamos a ir repitiendo desde distintos lugares pero que se van volviendo a presentar. Una primera cosa con la que me encontré es con esta idea que la teoría psicoanalítica se basa en la existencia de un conflicto y que nosotros lo que tenemos que hacer es la búsqueda de resolver una intriga y es la investigación de un enigma. Otra cosa que usted dijo últimamente es que hay cosas importantes: los afectos y las conductas y ese es el sentido. Y en alguna otra ocasión usted habló del psicoanálisis emocional en contradicción con el psicoanálisis intelectual y esto me lleva al tema de las temáticas, de los dramas, del argumento... es como si la idea fuera, nosotros cuándo nos encontramos con el paciente buscando esta intriga, buscamos el argumento del drama que el paciente está transmitiéndonos pero para poder comprenderlo, tenemos que universalizarlo, es decir, hacerlo una temática, comprometernos nosotros afectivamente y encontrar en nosotros esa temática y ésta me parece que es una de las maneras en que usted nos dice que tendríamos que trabajar. Bueno el otro tema que a mí me tiene inquieta es el tema del encuadre en la actualidad: yo tengo la impresión de que hemos perdido el campo quirúrgico, esta idea de que el encuadre es un lugar donde se tiene que mantener una distancia y se tiene que mantener una forma de trabajo. Con este punto de la pandemia y la cuarentena, además del consenso porque me parece que también es un tema importante para nosotros como psicoanalistas de esta forma de trabajar, también estamos muy imbuidos con el consenso nosotros y también tenemos que trabajar tratando de modificar el consenso que me parece que es una de las cosas más difíciles con las que nos encontramos. En la actualidad yo tengo la impresión de que este asunto de la formas nuevas de trabajar ha cambiado totalmente el tema de encuadre, el frente a frente, tomar el té con el paciente y este asunto de lo virtual, hay algo que yo no termino de cerrar, que es que muchos analistas que siempre han trabajado presencialmente se están poniendo muy cómodos con el tema de lo virtual, hasta el punto que bueno, si el paciente no puede venir lo atienden por teléfono o si llega tarde, es decir hay algo ahí que se está perdiendo y que no sé cómo se va a ir resolviendo.

Bueno, hay muchos otros temas, pero dejo para que otros hablen.

Lic. Silvana Aizenberg: Bueno, como ya se dijo el título de esta Jornada es como muy amplio, pero en un sentido pienso a lo mejor es mejor para poder abarcar muchos temas. Entonces pensaba cómo podemos definir qué es para nosotros el tratamiento psicoanalítico, no? básicamente sabemos que la intención es la modificación del carácter y para nosotros en particular nuestro grupo bueno tenemos como característica el saber que las enfermedades somáticas tienen su significado, pero que hay otro consenso que como también se dijo se trabaja de otra manera, y vos en una oportunidad planteaste, creo que con motivo de otras Jornadas, que las distintas formas de análisis constituyen resistencias pero que al mismo tiempo, esas formas de análisis constituyen para nosotros un estímulo, como si fuera una necesidad mayor de poder profundizar en lo que hacemos. Entonces este es un aspecto que pensé y después planteamos que la neurosis existe, algo de lo que dijo Sophie antes en cuanto a lo superyoico que obviamente la neurosis existe, pero también al mismo tiempo queremos que los pacientes no tengan dificultades, no nos presenten obstáculos y que, a veces, las interpretaciones que hacemos pecan un poco de una intención de cambio, que evolucionen, que cambien, que no desarrollen transferencias negativas.

Lic. Mirta Dayen: Bueno a medida que van hablando se van sumando cosas, pero empiezo por compartir con todos el entusiasmo de estar juntos después de dos años que no teníamos Jornadas como la de hoy y quería retomar la otra cosa que dijo Sophie que me pareció muy importante y es que trabajar mejor nos genera más entusiasmo, porque a veces, también uno observa que el desánimo, la falta de entusiasmo, el desgano, vienen muy de la mano con el no estar tranquilos con el estar trabajando como si uno en el fondo sintiera que no está trabajando bien entonces son como dos caras de lo mismo. Yo también lo asocié con el Instagram que escribiste sobre la queja, pensando que la crítica es queja, el otro punto que tocó Sophie, y después con lo que trajo Gloria recordando lo que relacionó Gustavo sobre preparar y el proteger pensé que, justamente, la actitud crítica del analista hacia el paciente se refleja también la otra cara que está escondida, pero que también se observa, muchas veces, en la actitud protectora como si el analista supiera lo que el paciente tiene que hacer y entonces tiene esa actitud de, justamente, en lugar de preparar más bien proteger o criticar. Y en ambos casos me parece que se pasa por encima de algo que señalabas el jueves también de trabajar juntos, es decir, que uno pueda transmitirle al paciente la importancia del trabajo es conjunto y bueno después lo que habló Hilda, voy a volver a intervenir para no abundar tanto ahora porque creo que el tema de lo virtual que ella trajo es importante. Bueno, gracias.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, pedí la palabra por esta cuestión de la crítica, pero la verdad que es un tema que se hace enorme, ¿no? La primera cuestión que uno tiene que preguntarse es por qué la crítica es tan frecuente, porque de alguna manera, y no me refiero a la crítica del paciente que también es frecuente sino a la crítica del analista, a las interpretaciones críticas, ¿no? Lo primero que hay que decir es que si la interpretación es una crítica es una acción y entonces es una acción contratransferencial, es un acting, no es una interpretación y evidentemente, el analista critica cuando se siente criticado. Es decir, cuando se siente en falta, ¿qué es lo que lo hace sentir en falta? la queja del paciente que en última instancia se resume, en no me ayudás, no me sirve, estoy igual, o estoy peor, no me das lo que yo quiero. Y la crítica consiste en devolver eso al paciente, pero como estaba también en lo que decía Mirta, a mí me parece que el peor aspecto de la crítica es que la crítica contiene una promesa: si hacés como yo te digo, todo va a ser como vos querés. Es algo que también podemos encontrar en

esto que Weizsäcker escribe, no que le dice al paciente en realidad, a lo mejor se lo dijo o no, el ejemplo es un ejemplo construido: Es tu tonta manía de litigar, si abandonas te curarás. Y en definitiva esto es lo que busca el paciente; el paciente cuando es criticado no se siente del todo mal, obviamente esto es un recurso que termina siendo pobre y al final no da resultado, pero mientras el analista lo critica, de alguna manera, se mantiene la ilusión con la que el paciente viene al análisis y ¿para qué viene el paciente al análisis? ¿en qué consiste el análisis? ¿Por qué yo digo que el oro puro del psicoanálisis es preparar? Nosotros, como decía Silvana, tenemos que cambiar el carácter, pero tenemos que cambiar el carácter, ¿por qué? porque funciona mal. ¿Y por qué funciona mal? Porque de alguna manera el sujeto no ha madurado lo suficiente y permanece en una situación que en general y de una manera sumamente abarcativa llamamos neurótica. Pero qué entendemos por neurosis: la fijación a estos mecanismos infantiles y los mecanismos infantiles básicamente se centran en un objeto de la asistencia ajena que nos resuelva las dificultades. El problema es que cuando un objeto nos resuelve las dificultades, nos resuelve todo, menos el desvalimiento, menos la impotencia. Y si el problema empieza con la debilidad del yo, de alguna manera lo que soluciona el problema de la debilidad del yo es la fortaleza del yo. Entonces el hecho de que alguien con su propia fortaleza nos solucione un determinado problema, no nos soluciona el desvalimiento, es decir, el ser débil. En general, nosotros decimos el bebé es débil está desvalido y el objeto auxiliador resuelve el desvalimiento, ¡no! lo que resuelve es la necesidad, pero no el desvalimiento. El desvalimiento el objeto auxiliador lo empeora. Y justamente lo que viene a buscar el paciente es un objeto de la asistencia ajena, por eso de alguna manera, esto es un fenómeno muy general. Muchas veces uso el ejemplo de que si yo quiero tomar clases de alemán y contrato un profesor de alemán, mi primera intención es que me enseñe a hablar alemán, pero enseguida se impone otra intención que es neurótica, que de alguna manera yo quiero que me quiera, yo quiero que me valore, yo quiero que me aprecie, y entonces para que me valore, para que me aprecie, yo lo que tengo que hacer es mostrarle que yo soy una persona valiosa y justamente en el punto en donde no puedo mostrarle que soy una persona valiosa es hablando alemán, entonces yo no quiero hablar de alemán en las clases, yo quiero hablar de otras cosas, de otras cosas que yo sé más, cuando tengo que hablar alemán pronuncio mal, me equivoco, parezco tonto, entonces ahora es como si esta intención original de aprender alemán se hubiera desvirtuado y ahora yo quiero que el sujeto me aprecie, me valore, me ponga por encima de los demás alumnos y entonces esta intención es la que justamente se tiene que reproducir en la transferencia, la que se reproduce en la transferencia y esa es de alguna manera la que hay que modificar. Entonces cuando el analista responde a la queja con crítica, como decís vos, también es otra queja y ahí de alguna manera, se cierra este vínculo neurótico donde se confirma esta cuestión de que, si yo hago todo lo que me dice el analista, o bien todo va a ser como yo quiero. O bien no va a ser culpa mía y va a ser culpa de él, pero ¿qué me cambia que sea culpa de él y no culpa mía? si las cosas de alguna manera me siguen sin salir, ¿no? Entonces yo creo que el tema de la crítica es un tema tan frecuente y tan importante porque justamente pone sobre el tapete este tema de que lo que nosotros tenemos que corregir y que deshacer es esta búsqueda de un objeto de la asistencia ajena que les resuelva las dificultades, sin prepararlo porque la diferencia del preparar, es que también hay una asistencia ajena en el preparar, pero en el trabajo yo lo aclaro mucho, en la preparación también hay una asistencia ajena, pero es una asistencia ajena en donde el que ejecuta la acción tiene que ser el preparado, el que va a ser objeto de la preparación; en cambio en la protección, el que ejecuta la acción que soluciona la dificultad es el objeto auxiliador y el objeto queda pasivo. Entonces ahora la situación puede resolverse, pero de alguna manera la debilidad no se resuelve. Gracias.

Lic. Noelia Lescano: Bueno, yo también agradezco esta oportunidad ya se fueron diciendo cosas que me resultan muy interesantes. Bueno cuando en el título lo primero que se me vino es la diferencia entre el tratamiento psicoanalítico y otros tratamientos y pensaba que tal vez en otras épocas no era tan necesario distinguir entre un tratamiento psicoanalítico de otros, y hoy con todo lo que abunda, me preguntaba cuán necesario es para los pacientes poder tener en claro qué es un tratamiento psicoanalítico y qué no lo es, dentro de lo que se llama psicoanálisis y obviamente dentro de otras terapias que ya ni siquiera se llaman psicoanálisis pero son de otra naturaleza, y pensaba en ese sentido pensaba en el encuadre como un sello muy particular que nos distingue de los otros enfoques y de los otros psicoanálisis por decirlo de alguna manera. Esto sería en principio, pensaba en que a veces a mí se me hace necesario aclararle al paciente por qué trabajamos así y esto, qué es un psicoanálisis y qué no, pensaba si esto puede ser un poco también resistencia o una cuestión de también uno tratar reforzar la convicción, bueno me surgían estas cuestiones.

Después por otro lado pensaba en el punto de urgencia general, también otra vez se me venía el tema éste de que no es lo mismo que en otras épocas por ejemplo el caso Mary que usted tenía publicado, había como otras intenciones de parte de los pacientes que venían a pedir el tratamiento y hoy se ve que hay como una cuestión que va muy en contra del encuadre que tenemos que es esto de querer las cosas rápido, no meterse con las cosas, lo superficial, la lógica veloz, entonces pensaba qué contrario es nuestra manera de trabajar con el consenso que predomina y cómo esto a veces nos lleva a veces a dejarnos arrastrar por este consenso y pensaba que al mismo tiempo uno dice nosotros justamente que el encuadre por más en contra que vaya de todo lo que predomina es lo que consenso más necesita, por justamente necesitamos meternos bien con las cosas, enfrentar las dificultades, tratar de analizar qué nos pasa, en fin; cómo está esta doble cuestión de que por un lado es algo que está muy rechazado por el estilo actual y por otro lado, es lo que más se necesita, esta sociedad necesita un poco más de esta seriedad, este compromiso, esta regularidad en la tarea, no? Entonces pensaba justamente de vuelta en esto, en insistir en la importancia de nuestro particular encuadre y ahora que se mencionó esto del oro y el cobre, pensaba que nuestro encuadre es como nuestro oro, es algo que uno de alguna manera se refugia y a la vez que es una herramienta importante de la que hay que tratar de no correrse y después bueno pensaba que el encuadre no es solamente la cantidad de sesiones, por ejemplo, sino también esto de la tentación de interpretar lo puntual, la gente viene a que resuelvan las cosas día a día y como también tratar de no correrse de interpretar la transferencia, de ir al tema del carácter, bueno todas cosas que me parece que hacen a lo principal de nuestro tratamiento psicoanalítico.

Dr. Eduardo Dayen: Bueno, sí, yo también me quedo pensando mucho en el tema del encuadre. En el 2019 tuvimos la Jornada que antecedió a esta que estamos haciendo ahora, han pasado dos años, y ya en aquella Jornada se planteó el tema de la comunicación remota, el análisis virtual, hace dos años. Yo tengo la impresión, en algunos casos conozco de la situación, en los otros, pero tengo la impresión de que prácticamente todos en algún momento todavía seguimos trabajando con comunicación remota; ya los pacientes han vuelto al consultorio, estamos trabajando de manera presencial, pero siempre aparecen situaciones, que creo Hilda comentaba del paciente que tiene un problemita y no puede llegar. Junto con esto tengo la impresión de que hemos hablado muy poco del encuadre en la comunicación remota. Mirta y Sofi decían recién que trabajar bien aumenta el entusiasmo y yo me pregunto si el hecho de que estemos trabajando en estos puntos, si estamos trabajando mal no nos quitará justamente, o no nos permitirá acceder al entusiasmo necesario, si no nos convendrá

realmente tratar de unificar ideas acerca de qué vamos a hacer con esto. Yo tengo la impresión, esta es una impresión personal que no vamos a volver más a lo que las cosas eran, y el tema de la comunicación remota yo creo que ha venido para instalarse, sé que no todos pensamos del mismo modo, sé que está la idea de bueno, vamos a poder volver a la situación anterior en la que no se cuestionaba el hecho de la comunicación remota, el paciente no podía venir, o no se podía analizar de manera presencial y bueno, no se lo tomaba al paciente o en fin, si no podía venir, no podía venir y punto y nadie se inquietaba por eso, yo diría que las cosas ya no son así y da la impresión de que no van a volver a ser así. Uno podría pensar a veces esto de la comunicación remota se plantea porque nos va invadiendo una situación de compromiso, de eludir el compromiso, ¿no? Yo creo que es una cuestión bien complicada, creo que hay una resistencia fuerte a tratar de generar un encuadre en el que podamos estar de acuerdo en la comunicación remota, de cuando se plantea esta cuestión, cuándo sí, cuándo no, cómo, que es una resistencia muy fuerte y que tal vez sea la misma resistencia que nace de este mismo proceso de cambio social que estamos viviendo, de aceptar las cosas que son como son y qué podemos hacer cada uno con las cosas que son como son.

Dra. María Adamo: Bueno, empiezo por esto que dijo Eduardo. Iba a plantear otra cosa, no sé yo me pregunto si con esto del análisis remoto no se puede pensar lo mismo que con la frecuencia de las sesiones que en un momento hay analistas que dicen que ya no se puede trabajar más con tres o cuatro sesiones, que eso cambió, que los pacientes ya no quieren, no? pero nosotros trabajamos así, si uno no podría plantear a los pacientes, mirá no, si te vas de viaje, te veo de nuevo presencial cuando volvés de viaje, digamos, como se hacía antes y bueno si no se puede plantear uno esa firmeza y sostenerlo, a mí no sé, personalmente el tema del skype me da como esta cosa de que justamente como es tan tentador, a mí me da mucha desconfianza, siento, tiendo a pensar que si es algo tan tentador entonces trato de pensarlo dos veces porque pienso que también no es el camino mejor el que se presenta como tan tentador, no? pero bueno entiendo que es un tema complejo. Y lo que quería plantear o preguntar es en relación a este tema de lo que ya nombraron de que menos es más o de la interpretación como un oráculo, del analista como un oráculo que siento que es una postura muy valiosa y a la vez me dan ganas de hablar un poco más de esto, primero le quiero preguntar si esto se podía relacionar con un artículo que usted hablaba de las interpretaciones, hace muchos años, nominativas y descriptivas, que las nominativas eran las que nominaban el afecto y las descriptivas estaban en un segundo lugar de importancia en ese artículo, usted decía que las más importantes eran las nominativas pero me preguntaba si siempre una interpretación que tenga la forma más explicativa es algo intelectual o si a veces una explicación o algo que toma esta forma puede ser algo también que genera una movilización afectiva por ejemplo si uno está tratando de mostrarle al paciente un malentendido, no? y entonces de alguna manera para mostrarle este malentendido a veces uno necesita hablarle un poco más, no? Y bueno quería plantear eso y también preguntar o plantear si estas interpretaciones tan breves, se puede plantear que son interpretaciones completas como decía Racker, o son interpretaciones que toman una parte, la resistencia o los resistido, porque costaba pensar una interpretación tan breve como el otro día la de “te sentís disconforme” del jueves que contenga la resistencia y lo resistido, a lo mejor yo no lo estoy pudiendo ver y es posible pero bueno lo quería plantear.

Dr. Luis Chiozza: Bueno acá me anoté yo, no para comentar lo que están diciendo sino que creo que en realidad estamos en este momento proponiendo temas y entre los temas que proponemos, yo elijo proponer este tema que tiene que ver con lo que, de alguna manera,

estimula también que proponga este tema, lo que dijo Gustavo cuando dijo algo que considero muy importante que tiene que ver con “buscar que me valoren”. Creo que está este deseo que todos tenemos de que nos valoren influye muchísimo en lo que queremos proponer, bueno yo elijo entre todos estos temas proponer el tema de que en realidad, yo creo que nosotros somos antenas, que las ideas originales no existen, las contribuciones originales no existen, como lo dijo Bateson, las ideas que hoy son yo, mañana pueden ser usted, pero que nosotros somos antenas, somos representantes de ideas que no son nuestras, este es el tema que me gustaría proponer.

Lic. Mirta Dayen: Bueno, yo quiero hablar de dos temas de los que ya se habló, una es el de la asistencia ajena y otro es el tema de lo virtual. Con respecto a lo que decía Gustavo de la asistencia ajena justamente después lo desarrolló más y lo aclaró, porque justamente cuando atendemos a los pacientes o nos atienden a nosotros como pacientes, damos asistencia ajena y recibimos asistencia ajena pero él aclaró muy bien el tema que yo vinculo con el asunto de tratar de transmitir, así como nuestro analista nos transmite, que trabajamos en conjunto de manera uno no puede hacer lo que el otro necesita hacer para madurar y, entonces, aquí lo vincula con otro Instagram que me parece muy importante, que es el del “intervencionismo”, para hacer una pregunta a ver si esto se puede pensar así. Porque se me ocurrió pensar que en el intervencionismo hay una justamente una posición más allá de lo lineal que desatiende lo complejo, de creer que uno sabe más que otro lo que hay que hacer, mientras que en el tratamiento psicoanalítico justamente estamos tratando de generar la concepción contraria, es decir, estaría más vinculado al grandor del yo lo primero, mientras que esto otro al revés; tal vez también tiene relación con el tema que planteaste, Luis, de buscar que me valoren, eso no lo pensé todavía pero con respecto a este punto quería hacer esa pregunta. Y con respecto a lo que planteó Hilda, que dejé pendiente para otra intervención y que retomó Eduardo, a mí me parece que muchas cosas que necesitamos conversar, que entre el 2019 y el 2021 pasó el 2020, en donde yo creo que todos nos tuvimos que ver es una situación de hacer tratamientos por alguna de las formas remotas, sea el skype, el zoom o el teléfono, en fin, no tuvimos otra alternativa, para mí fue la primera vez que tuve que hacer esas experiencias y algo de eso quedó. En este momento tengo una paciente que atiendo por zoom porque vive en el exterior y me parece que antes de plantear las cuestiones vinculadas con el encuadre que propone Eduardo, creo que tenemos un tema en otro nivel que es el tema de cuando decidimos trabajar por su zoom; en qué circunstancias, no es lo mismo un paciente que vive en el exterior y necesita tratamiento y no se puede tratar de otro modo que a nos nosotros parezca conveniente, es muy distinto al que si se fue de vacaciones, hoy no voy porque estoy engripado, ponemos el zoom, o mañana se me rompió el auto. Todas circunstancias que me parece son muy diferentes, creo que otros se refirieron a esto también, en definitiva, cuándo no se puede hacer presencial, esto me parece que podríamos tratar de dirimir un poco mejor. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno yo creo que todos estamos proponiendo temas y me parece bien, esta es una primera fase, pero para que esto no se convierta en la torre de Babel tendremos que pasar a una segunda fase en donde empezamos a intercambiar cada uno de nosotros lo que pensamos de lo que dicen los demás. Y no va a ser fácil, pero bueno en eso estamos.

Lic. Liliana Casali: Bueno, yo quería retomar lo que dijo Sofi y luego retomó Mirta acerca de la importancia de que podamos trabajar bien y cómo esta posibilidad de trabajar bien aumenta también el entusiasmo por lo que estamos haciendo y quería vincular esto con otra cosa que

recordaba que había surgido en Jornadas anteriores era el tema de la idealización o la desidealización del analista y de análisis y cómo esto que a veces aparece como una actitud prudente y de cierta maduración, en aquella ocasión vos habías dicho que muchas veces esa actitud oculta lo inverso, que es la idealización negativa; la idea de que el análisis no sirve, que no modifica demasiado y entonces recién pensaba en la doble condición que nosotros tenemos, de analistas y de pacientes y cómo esto influye también en el entusiasmo, en la valoración o en la convicción de lo que estamos haciendo, es decir, en nuestra relación con el psicoanálisis. Entonces quiero incluir también este tema y bueno también, no podía dejar de pensar de que a diferencia de la psiquiatría y de otras terapias, el psicoanálisis hace una subversión de la perspectiva, en el sentido de que no traza la frontera entre el paciente y analista sino que plantea como cuestión básica que somos semejantes, entonces pensaba que es un punto de partida muy básico del cual se desprenden muchas otras cosas, entre ellas, que el análisis transcurre en los puntos de urgencia compartidos entre paciente y analista y también es un tema que se trató en otras Jornadas y que es un punto que a veces no comprendemos bien y recordaba que en aquella ocasión Mirta había traído un ejemplo muy muy bueno acerca de este tema que era la situación de que es muy difícil que nosotros podamos interpretarle al paciente su sentimiento de impotencia si no tenemos consciente la impotencia que nosotros estamos sintiendo, por ejemplo, para curar al paciente o para modificarlo como nosotros sentimos que desearíamos, y entonces pensaba en este tema y también en cómo se podía integrar con otro aspecto que habían traído otros y que también es central que es el análisis del carácter.

Dr. Gustavo Chiozza: Bueno, yo voy a comentar sobre los temas que han propuesto. En lo que decía Noelia a mí me parece ver cuando ella mencionaba el caso Mary, no? una queja, antes era más fácil y ahora es más difícil; más allá de que toda queja contiene la proyección de la dificultad en el afuera, además de esa cuestión creo que el psicoanálisis nunca fue fácil y probablemente antes fue mucho más difícil que ahora, porque el psicoanálisis ha contribuido a cambiar el consenso; es cierto que siempre hay cosas que necesitan seguir cambiándose y el psicoanálisis siempre está en contra del consenso; la otra cosa con la que no estoy de acuerdo es que el encuadre sea el oro, no! justamente el encuadre no es el oro y ya está todo resuelto; el encuadre es lo que uno necesita para poder después hacer lo que es el oro y en esta cuestión del encuadre nos lleva a la cuestión de lo presencial. Yo creo que María dio en el clavo; en alguna época no tan lejana también discutíamos el tema de si la frecuencia de las sesiones era una cuestión que había llegado para quedarse, ¿no? Y de hecho, quedó para quedarse en muchos lados y, en otros lados, no. Creo que detrás de este tema también se oculta un poco está esta cuestión de querer erigirse en el objeto de la asistencia ajena, me acuerdo de otras Jornadas que hicimos hace unos años en relación al tema del skype que una persona que no es de la institución, porque esa jornada había sido abierta, decía bueno pero si una persona en Alemania necesita analizarse y no puede venir, y ¿por qué tengo que ser yo? ¿se entiende? lo mismo podríamos decir: ahora los pacientes quieren que uno les revise la medicación y le recete ansiolíticos, y esto es lo que los pacientes quieren, y esto llegó para quedarse; pero ¿por qué lo tengo que hacer yo? Los pacientes quieren muchas cosas, ¿no? entonces yo creo que también hay un punto, que es: ¿qué es lo que yo quiero hacer con la única vida que tengo? Y cuando yo digo quiero ser analista, tengo que tener una definición de qué significa ser analista y que no significa ser analista, entonces... tema que también se relaciona con otro tema que hemos tratado mucho: la profesión no necesariamente tiene que ser nuestro sustento; no podemos pedirle a la profesión que nos sostenga, que sea nuestra asistencia ajena, nosotros hacemos la profesión porque es lo que nos gusta hacer, si podemos

vivir de ello, bien! significa que lo hacemos bien, pero lo importante es que lo hagamos bien, y si no podemos vivir de ello, igual lo podemos hacer sin poder vivir de ello, entonces ¿por qué necesitamos tantos pacientes? ¿Por qué no estamos dispuestos a separar nuestra profesión de nuestro sustento, si ese fuera el caso? O reducir nuestra necesidad de sustento para poder dedicarnos a hacer lo que queremos hacer y hacer lo que queremos hacer en las condiciones que sentimos que son las necesarias, las imprescindibles como para poder hacer lo que queremos, ¿se entiende? entonces también la cuarentena llegó para quedarse, pero no todos hemos vivido la cuarentena en la misma manera, yo tengo amigos con los que me he seguido saludando con un abrazo, con un beso; y otros con lo que he tenido que saludarme con barbijo y con un puñito; también uno busca los ámbitos en donde uno pueda vivir de la manera que a uno le parece que hay que vivir, obviamente que uno no es una isla, ¿no? pero es como por qué esta necesidad de decir; en este caso sí está justificado, acéptenme que yo a este paciente lo atienda vía remota porque realmente no puede venir, en cambio este otro, hace fiaca y a este debería decirle que no, ya uno de estos días le voy a decirle que no; ¿por qué necesitamos justificar? nosotros tenemos que tener una idea clara de lo que hacemos y ver si esto se nos justifica y con esto engancho con el tema de la necesidad de valoración. Yo creo que la valoración que viene de afuera no es lo mismo que la autoestima, que la propia valoración, ¿no? porque la que viene de afuera muchas veces es sospechada, a veces inclusive erróneamente, yo puedo pensar que me valoran equivocadamente, que los he engañado, entonces la verdadera valoración proviene del hacer algo valioso y hacer algo valioso requiere valor, no puede ser fácil porque lo fácil, justamente, es lo que no tiene valor, valoramos las cosas que son difíciles, siempre que nos parece que alguien es valioso, es valioso en función de su capacidad para resolver una cuestión difícil: entonces si queremos ser valiosos, tenemos que enfrentar las cosas que son difíciles. Por último el tema de si las ideas son originales o no son originales, me parece que es un tema que se muerde un poco la cola, ¿no? es como si fuese un tema que le da importancia a una cosa que supuestamente se la quiere quitar, ¿no? es decir la importancia de las ideas, son las ideas y entonces uno tiene que discutir las ideas sin importar de quién provienen, ponerse a discutir si son de quien provienen, o no son de quien provienen, me parece que es algo que se muerde un poco la cola, ¿no? es como decir yo propongo este tema, esto lo dijo Bateson, pero ¿qué importa si lo dijo Bateson si justamente Bateson está diciendo, no importa que lo diga yo? Entonces, ¿por qué no pasamos directamente a las ideas, en lugar de ver si son o no son originales, si son de quien dice que son, si el que las dice es el verdadero autor o es un portavoz, si surgen de conjunto o no surgen del conjunto? Yo creo que es un tema, que no percibo cuál es la importancia que le querés dar a este tema; deberíamos en función de esa misma cuestión decir, bueno, lo que importa no es quién lo dijo, lo que importa es lo que dijo ¿no? y si estoy de acuerdo o no estoy de acuerdo, si me enriquece o no me enriquece, si es mejor esta idea que otra que yo tenía, no sé de dónde la sacaba, pero tenía otra y ahora surge esta y ahora me parece mejor. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno de lo que decís, quiero subrayar varias cosas que me parecen importantes. La primera que creo que es fundamental y suscribo lo que decís, es que cada uno elige aquello a los cual se quiere dedicar; lo segundo, que me parece tan importante como lo primero que decís, es que yo puedo hacer las cosas como hobby y que esto es independiente de si vivo de eso o no vivo de eso; y dentro de eso también puedo elegir explorar si me interesa como puedo atender a un paciente en comunicación remota porque puede ser parte de mi hobby; por la misma razón que uno elige trabajar presencial, otro puede decir: yo prefiero trabajar presencial pero me gusta dejar algún espacio abierto para ver qué hay en este asunto de la comunicación remota. Pero hay otro punto que me parece que vos traés que es muy

importante que es el de la cita: ¿por qué yo lo cito a Bateson? yo creo que se justifica que yo lo cite cuando yo encuentro que como lo dice Bateson, no lo puedo decir mejor y tampoco comprendo del todo lo que dice y entonces yo digo: miren, esto que yo digo me parece que lo dice mejor Bateson y por eso los cito, pero en realidad lo cito porque todavía no lo comprendí bien cuando comprendo bien, ya dejo de citar. Esto si le prestamos atención lo vamos a ver, yo siento que muchas veces me citan justamente porque no me comprenden, cuando me comprenden y lo hacen suyo ya se olvidan que esto lo escucharon de Chiozza o esto lo escucharon de Hilda o lo escucharon de Silvana, ¿no? en la medida en que la cuestión se comprende desaparece la cita y esto es muy interesante, porque inclusive hay una manera de escribir en donde desaparecen las citas y ¿cuándo desaparecen las citas? Por ejemplo, en el escribir literario. Un escritor que ha sido influenciado por Dostoievski, escribe y no lo cita, sencillamente se nota la influencia de Dostoievski por ejemplo en Simenon, pero Simenon no lo cita, simplemente lo incorporó. Me parece que estos son comentarios que me surgen de lo que dice Gustavo que dice cosas muy interesantes.

Lic. Dorrit Busch: Bueno, uno de los temas que, voy a tratar de ir a los temas, bueno uno es el que tocó Eduardo y después lo siguieron tocando acerca de toda la complicación del tratamiento por comunicación remota, Mirta que dijo en qué momento hay que decidir si hacerlo remoto o no, en fin Gustavo después lo cuestionó también y después dijo Gustavo que habría que tener una idea clara de lo que hacemos y entonces pensé bueno, ¿qué es el psicoanálisis? y siempre citamos a Freud y decimos el psicoanálisis es hacer consciente lo inconsciente, es una definición y después hay otras, llenar las lagunas mnémicas, etc. Entonces yo me pregunto, Luis, a través de la comunicación remota ¿no se puede hacer consciente lo inconsciente? ¿no se puede llevar al paciente que llene las lagunas mnémicas, que eventualmente cambie su carácter? o sea ¿apuntar a la curación?, es una pregunta que yo no me la sé contestar, pero me lo pregunto y me gustaría si podemos apuntar un poco a esa cuestión porque también es cierto que hay gente que a veces necesita ayuda psicoanalítica y que no se puede acercar.

Dr. Luis Chiozza: Bueno Dorrit, lo que pasa es que tu pregunta yo creo que está mal formulada; no se trata de si se puede hacer consciente lo inconsciente a través de la comunicación remota; eso no cabe duda que sí; pero la pregunta es otra manera, es ¿de qué manera se lo puede ser mejor? y esto es lo que está en discusión, no si se puede o no se puede sino de qué manera se puede mejor.

Dr. Pablo Obstfeld: Sí, a mí se me había planteado una duda que la aclararon cuando dijiste esto de la cita, porque cuando primero propusiste esta idea de que como representantes de ideas que no son nuestras pensaba también este tema de que la gente repite pensamientos pre pensados, Gustavo comentaba bastante en un grupo ayer de esto, y entonces pensaba bueno que si bien somos representantes, las tenemos que hacer nuestras, que creo que es lo que vos aclaraste muy bien con esto de la cita, ¿no? porque cuando uno ya lo comprende bien...y también pensé que de alguna manera esto de repetir pensamientos pre pensados tiene que ver otra vez con este tema de la asistencia ajena, no hacer el trabajo ese de hacerlo propio. Y después, otro tema que pensé, protección versus preparación, es esto que vos nos comentaste en el último grupo, respecto de la supervisión, quien va a supervisar esperando que el supervisor le resuelva el caso puntual con el paciente y quien va a buscar aprender a trabajar. Nada más, gracias.

Dr. Luis Chiozza: Yo creo que lo que nosotros hacemos está lleno de Freud y cuanto mejor comprendemos a Freud es cuando menos los citamos; cuando lo citamos es porque seguimos pensando que no lo terminamos de entender y que él lo dice mejor que nosotros, es como si uno dijera: mira si querés realmente comprender mejor que yo, lo que yo estoy tratando de decir mejor, vamos a verlo en Freud porque yo no termino de entenderlo; cuando yo lo terminé de entender, Freud desapareció, yo creo que estamos impregnados de Freud y que donde lo comprendemos mejor es cuando no lo citamos, cuando sencillamente lo hemos incorporado y entonces ya no es Freud, no es nosotros, estamos, por así decir, consustanciados con su pensamiento. Cuando lo citamos es como si estuviéramos diciendo: yo no lo puedo decir tan bien como él y no termino de entender bien lo que dice, entonces vayamos a ver a Bateson, vayamos a ver a Freud, vayamos a ver a Weizsäcker porque hay algo allí que yo no termino de entender.

Lic. Silvana Aizenberg: Una cosa respecto a lo que planteó Liliana, que ella dijo que recordemos que toda idealización del análisis puede contener lo contrario que es la falta de valor, y lo entiendo, por supuesto, evidentemente en toda demanda de asistencia médica puede haber un grado importante de desconfianza y de deseo de que no funcione, pero también pensaba que cuando un paciente viene el análisis me parece que predomina la idealización en el sentido de esto que decimos del deseo de ayuda y, sobre todo, de esta ilusión de que se resuelvan las cuestiones, que el analista pueda resolver. En ese sentido pensaba un tema que también hablamos que es el tema de la ilusión y la desilusión, de que el paciente cuando viene tiene una ilusión y a veces rápidamente se desilusiona y pensaba tal vez corresponde con los momentos de interrupciones del tratamiento de manera rápida porque no se cumplieron las expectativas y después cuando pensé en esto, dije bueno pero esto no pasa solamente con los pacientes primerizos, también pacientes de muchísimos años pueden oscilar entre esta ilusión y desilusión en el sentido de que el análisis no da... Bueno este es un punto y después también pensaba en el tema de la dificultad la comunicación, que es por supuesto es un tema más amplio y va más allá del tratamiento pero que algo me parece... todos podemos haberlo vivido, que el paciente dice "porque lo que me dijiste la sesión pasada" y resulta que ni se reconoce en eso que dice el paciente y que es una clara evidencia de una dificultad en la comunicación que obviamente representa resistencia pero bueno a mí me parece interesante y está la dificultad de comunicación.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, me había olvidado de una cuestión fundamental, con respecto al tema este de lo remoto. Frente a este tipo de situaciones siempre de alguna manera nos preguntamos si se puede, ¿se puede atender de manera remota? Me acuerdo cuando discutíamos mucho tiempo atrás el tema de la frecuencia semanal que muchas personas decían que dos sesiones es mejor que nada y que si el paciente viene dos sesiones nos da la oportunidad de convencerlo que en un determinado momento venga tres. Más allá de este tema, en muchos casos no pareciera del todo auténtico, yo creo que el tema de la pregunta: ¿se puede? Bueno obviamente la respuesta es que sí, ¿se puede atender una vez cada 15 días, obviamente la respuesta es que sí, se puede atender a los hijos? se puede! ¿A los amigos íntimos y a la propia mucama? Sí se puede, obviamente hay más dificultades, pero siempre está la chance... ¿se puede aprender piano con un teclado dibujado en una hoja de papel? ¡Sí, se puede! La pregunta no es si se puede, la pregunta es si yo puedo, ¿eso es lo que deberíamos preguntarnos! ¿yo puedo? ¿qué es lo que quiero? ¿llenar mi consultorio de fracasos o yo quiero preservar las condiciones como para tener de vez en cuando por lo menos la posibilidad de un éxito? Entonces también se puede atender un paciente psicoanalíticamente

y después hacer un pequeño paréntesis para chequearle la medicación y revisarle si le creció el hígado y tomarle el pulso y la presión y también puede ser que una analista atienda a su ginecólogo o que un ginecólogo también haga psicoanálisis con sus pacientes. El problema es teóricamente se puede, mejor que nada es, el punto es: ¿uno puede hacer esas cosas o uno se coloca en una situación de tanta dificultad que el único resultado que va a tener es el fracaso? Entonces pongámoslo en estos términos: el supervisado le pregunta al supervisor, ¿se puede? y el supervisor le dice: se puede...bueno, entonces ¡lo hago! pero después el supervisado va a decir ¿por qué fracaso? ¿se entiende? y entonces en este “se puede” también está otra vez esta cuestión de depositar la responsabilidad afuera. Si me dicen que se puede, yo lo hago y entonces va a ser lo mismo, pero este es el punto! qué pasa si en lugar de decir, se puede, nos preguntamos: ¿yo puedo? ¿yo puedo atender un paciente cada 15 días? ¿yo puedo atender un paciente de manera remota? estoy logrando algo? ¿estoy logrando que esto progrese hacia lo presencial o no lo estoy logrando? entonces obviamente que si uno lo atiende de manera remota tiene la posibilidad de convencerlo del que en algún momento venga presencial, en cambio, si uno le dice no, de manera remota no te atiendo, toda la chance se juega en ese punto o, a lo mejor, después habrá que esperar a que el paciente diga: la verdad con los años me doy cuenta de que tenía razón, lo voy a ir a buscar y entonces el paciente viene después varios años, pero no importa si el paciente viene después de varios años, o no viene... también importa, a mí me parece importante, que la única vida que tenemos la estamos dedicando a hacer algo en lo que creemos poco o algo que no nos va a dar resultado y esto es una consecuencia muy importante. Obviamente tampoco quiere decir que, si yo lo atiendo presencial cuatro veces por semana, tengo el éxito garantizado, desde ya que no, pero me estoy dando chances. Entonces se puede aprender piano con un teclado de papel, pero ¡no es lo mismo! Entonces si no hay ninguna otra posibilidad, bueno a lo mejor yo lo puedo hacer, pero a lo mejor mi profesor me dice, no, mirá: si no tenés un piano y si no podés venir acá a tocar en mi piano, buscáte otro profesor, vas a encontrar alguno que esté tan desesperado que va a hacer lo que vos le pidas, pero ese no voy a ser yo. Prefiero dedicarme a alumnos que yo veo que tienen chance de aprender algo y entonces ahí es donde se produce lo gratificante; si no es todo frustración. entonces la pregunta es: ¿qué queremos hacer? ¿queremos tener alguna chance de éxito o queremos de alguna manera asumirnos en la queja y en el fracaso y después llegar a la conclusión de que ningún psicoanálisis sirve?; todo el psicoanálisis no sirve, ¿por qué? y porque yo lo hice de la manera que me pareció más fácil y no me dio resultado. Así me parece que es muy infantil la situación.

Dr. Luis Chiozza: Bueno yo comparto ampliamente lo que vos decís Gustavo, pero quiero agregar algunas cosas. En primer lugar, que soy curioso y porque soy curioso quiero reservarme un pedacito de lo que hago para explorar en esa curiosidad. En segundo lugar, porque suscribo lo que dice Goethe, amo a los que buscan lo imposible y, en tercer lugar, quiero contarles un episodio que me contó Storni que le contó a Racker. A Racker le mandaron un paciente que tenía un episodio de impotencia genital, es decir impotencia eréctil, él no lo podía tomar y era un paciente que de alguna manera, él dijo bueno voy a hacer una exploración, entonces, dice, le pedí una suma muy importante para analizarlo que yo sabía que él no podía pagar y lo hice a propósito, porque de alguna manera dije esto lo va a sentir él como una amenaza de castración y entonces después dice, quedé curioso para saber si había tenido efecto mi actuación y efectivamente tuvo efecto. Frente a semejante amenaza de castración el paciente salió de su impotencia genital. Como ustedes comprenderán esto que hizo Racker no tiene nada que ver con los preceptos de psicoanálisis; sencillamente hizo una exploración por su curiosidad. ¿Qué quiero decir con esto? Quiero decir que a mí me parece

totalmente lícito que cualquier psicoanalista se llame Gustavo, se llame Luis, Eduardo o Mirta, diga no, no, yo solamente tomo pacientes de cuatro veces por semana y además los analizo según las reglas del arte, porque bueno porque sencillamente me parece bien, es la mejor manera que tengo de trabajar y además yo también tengo curiosidad pero la exploro en otros territorios, no necesito explorar el territorio de qué pasaría si este paciente lo veo una vez cada 15 días y lo veo por comunicación remota. Pero también puedo explorar eso, ¿por qué no? siempre y cuando de alguna manera yo lo haga en una adecuada proporción, no convierta mi consultorio en un caos; quiero decir con esto que suscribo que por ese camino si yo me desbanda, terminaré sintiendo que el psicoanálisis ya no sirve para nada, estoy totalmente acuerdo contigo, pero ¿por qué no decir? destino un 10% de actividad a una que otra comunicación remota porque tengo curiosidad por ver lo que sucede. Creo que es una cosa que uno elige y estoy totalmente de acuerdo de cada uno tiene el derecho de decir yo estoy, ya estoy bien aprendiendo presencial, no voy atender a nadie por comunicación remota y mi curiosidad la exploraré por otros territorios.

Lic. Hilda Schupack: Bueno voy a comenzar con esto que usted comenta, yo estoy de acuerdo con lo que se dijo, el tema que yo me planteaba es esta mezcla, un poco como decía Gustavo esa mezcla de ser un analista y después recetar, esa mezcla de lo quiero presencial y cuando no quiere o puede venir lo atiende virtual

Dr. Luis Chiozza: Eso es peor

Lic. Hilda Schupack: Por eso, eso es lo que a mí me parece que de ninguna manera funciona. Yo quería retomar el tema de que busco que me valoren, pero desde el punto de vista del analista, porque me parece que detrás de busco que me valoren, estoy buscando que me quieran y cuando estoy buscando que me quieran, estoy buscando que no me abandonen, entonces de alguna manera esto me lleva el tema de la confianza del paciente al analista y de la confianza del analista en lo que hace, entonces pensaba: cuando uno tiene menos confianza en lo que hace, y menos confianza en lo que hizo, en ese crédito acumulado que uno tiene de los tiempos en que se ha formado y ha tenido la experiencia de que puede trabajar bien, la vivencia del temor a que no me valoren y no me quieran, aumenta y puede significar que no me abandonen porque necesito el dinero como usted dice para pagar el gas, o que no me abandonen para no sentirme yo dolida en mi autoestima, entonces me parece que este tema, aparece el tema de la confianza en uno mismo en lo que uno hace y en el saber que lo que estoy haciendo es lo que tengo que hacer, porque muchas veces me parece que lo que calma es saber que uno está trabajando bien porque además se está formando bien, porque está teniendo el análisis, la supervisión, estudiando, haciendo trabajos, todo eso me parece que también significa esta posibilidad de sentirse valorado. Bueno quería hablar de este tema de la confianza que muchas veces sabemos que el paciente no tiene confianza en el analista, pero a veces el analista tampoco tiene confianza en lo que hace.

Dr. Luis Chiozza: De lo que usted dice Hilda, yo quiero rescatar un punto que me parece importantísimo. Yo creo que en el fondo todos sentimos una diferencia enorme, en cuando sentimos que estamos creciendo y cada vez entendemos mejor y cuando sentimos que estamos paralizados y cada vez entendemos peor. Esto yo creo que es importantísimo y que, si uno necesita mentirse a sí mismo, inicia un camino diríamos de obstruir su propio camino, como dice Weizsäcker (**Lic. Hilda Schupack:** esto llevaría al tema del impasse del paciente y del analista) Sí, claro

Dr. Eduardo Dayen: El tema de si hacemos lo que queremos creo que es un tema central dado que en realidad, poder saber lo que uno quiere es una cuestión difícil, no es saber de manera firme y estable lo que uno quiere, creo que todos los días estamos revisando qué es lo que queremos, lo que es más, creo que el análisis es una de las cuestiones que permite ir aclarando cada vez mejor qué es lo que uno quiere; lo mismo que qué es lo que podemos, en esto creo que tiene una intervención muy importante, muy importante, la técnica, la técnica y el arte con que nosotros trabajamos. El objetivo que nosotros tenemos que obviamente eso estoy seguro que todos compartimos la misma idea, es hacer consciente lo inconsciente y hacer consciente lo inconsciente se puede hacer de muchas maneras, a veces en una conversación con un amigo, o con un familiar uno puede hacer consciente lo inconsciente, pero hay toda una técnica y un arte para poder hacerlo, y que en la medida que nosotros podemos en nuestro trabajo, esclarecer lo mejor que podamos la técnica y el arte, vamos a poder hacer las cosas mejor, como decía Luis Chiozza hace un rato, el problema no es si lo hacemos o no lo hacemos sino si podemos hacerlo mejor, y lo mejor es hacerlo acorde a una técnica y un arte que ya conocemos que tiene el resultado que todos esperamos. Leía en una noticia el otro día: un médico, un médico de la Marina que estaba en la Antártida y que él mismo se operó de apendicitis, uno diría bueno, qué sé yo, en una situación desesperada uno puede echar mano de semejante cosa, creo que el médico que se operó hizo algo que yo no podría porque no conozco ni siquiera la técnica, así que por más desesperado que esté, tengo que aceptar que no puedo, efectivamente; conociendo la técnica, qué sé yo es una cosa terrible, pero tal vez se pueda, por lo menos este médico se operó a sí mismo y salió de la situación, por eso yo creo que efectivamente si pudiéramos profundizar en pulir las técnicas que ya están, que también tienen que ver con lo que queremos y con lo que podemos, vale la pena que discutamos mucho la técnica y el arte, ¿no?

Dr. Luis Chiozza: Bueno, en lo que vos decís Eduardo, echo de menos dos cosas, la primera que vos estás hablando de lo que quiere y estás, diríamos, hablando del querer y un poco dejás de lado la otra cuestión que se mete inevitablemente y es que yo no solamente quiero lo que digo querer, sino que en el fondo lo que quiero es ser valorado y esto ya le pone un límite importante a que yo tenga consciente lo que quiero. Pero la otra cosa más importante de todas es que vos hablaste de lo que uno quiere y lo que uno puede y no por casualidad te olvidaste de lo que uno debe y lo que uno debe forma parte inexcusable de esta situación indivisible; las tres categorías páticas se implican mutuamente, entonces el hecho de que vos hables de lo que querés y lo que podés y no hables de lo que debés marca que de alguna manera ahí se mete una situación neurótica que de alguna manera perturba tu manera de procesar el tema, ¿verdad? creo que eso es importante.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, creo que tu intervención y la de Eduardo agregaron cosas muy importantes al tema. Yo estoy completamente de acuerdo con Amo a los que buscan lo imposible, o los que aman lo imposible también ¿no? Martín Fierro dice: no pregunto cuántos son, sino que vayan saliendo, ¿no? y yo creo que hay una cuestión que es absolutamente fundamental en lo que vos decís, y otra en lo que mencionaba Eduardo y que vos también apuntaste a eso, en lo que vos decís de alguna manera lo que hacés lo hacés a tu cuenta y riesgo y vos decís: voy a probar y yo no estoy pidiendo permiso y tampoco estoy pidiendo recompensas, ¿no? pruebo, si me sale me sale y si no me sale, no me sale, espero, decido, ¿no? Esta situación me parece muy importante; yo justamente creo que en esta cuestión de... a ver... en esta Jornada, lleguemos a la conclusión de qué es lo que se puede, entonces esta

Jornada va a avalar lo que se puede y si después eso que dijeron que se podía, no se podía, es culpa de la Jornada, o de la Fundación, o de Chiozza o de Gustavo, o de Eduardo, ¿se entiende? esto creo que es la reintroducción de la situación neurótica, es como agrandar tanto el escotoma que al final es casi imposible. Después de estar también una cierta cuestión que a veces, como uno no es una isla, entonces por más que uno quiera hacer cosas a su cuenta y riesgo, también uno considera y toma en consideración que uno es tomado como ejemplo, ¿no? y que muchas veces también entre las cosas que uno quiere es educar y formar a sus hijos, a sus discípulos, a la gente se acerca uno con ese tipo de intención y entonces también se da otro límite: yo puedo hacer esto pero entonces no estoy formando sino que estoy deformando; entonces también hay que tener presente esa cuestión, es una cuestión anexa pero quiero mencionarlo también. Y después la otra cuestión que decía Eduardo que me pareció muy interesante que es si uno sabe lo que quiere o no sabe lo que quiere, es una cuestión fundamental... y de alguna manera no solamente, creo que cuando él dice si lo sabe o no lo sabe, quiere decir hasta qué punto uno es auténtico con esta cuestión porque uno puede decir: yo quiero ser psicoanalista, pero este ser psicoanalista puede significar muchas cosas. Por ejemplo, yo quiero tener muchos pacientes, cobrar honorarios muy altos, ganar mucho dinero y tener mucho prestigio y esto es algo muy difícil de conseguir, pero no hay un solo camino para conseguirlo, ¿no? Hay gente que, a pesar de lo que dice el dicho que es muy cierto, tiene tanta habilidad que puede engañar a mucha gente durante mucho tiempo -me refiero al dicho que dice que se puede engañar a muchos durante poco tiempo y a pocos durante mucho tiempo, pero no a muchos durante mucho tiempo- sin embargo, hay gente que tiene mucha capacidad, cada vez que hay elecciones nacionales reconocemos algunos, entonces, pero obviamente que no es fácil engañar a muchos durante mucho tiempo. El punto es que, para mí, esto no es suficiente; yo creo que eso, no solamente que no es del todo bueno, sino que hay algo que es mucho mejor; y yo voy por eso que es mucho mejor y lo que a mí me parece que es mucho mejor es eso, tan escaso, pero tan absolutamente suficiente, que es lo que se produce cuando uno siente, no que lo que uno hace es valorado por otro, sino que lo que uno hace, uno lo valora. Y uno se encuentra con que: soy capaz de hacer algo valioso, soy capaz de hacer una diferencia, aunque a veces, obviamente que es mejor cuando además de uno, lo valora el otro, ¿no? pero por ejemplo el caso del hombre con el dolor en el brazo, se podría haber hecho mejor de manera tal de que además de que el paciente se cure, también sepa por qué se curó y valore esa intervención; pero es cierto que los que hicieron el estudio dicen: por más que el paciente se haya curado con un medicamento que era exactamente el mismo que antes no lo curaba, fue nuestra intervención la que lo curó y eso es lo que uno busca! A mí me parece que cuando uno, en el fondo, está buscando estos oropeles de la valoración y el reconocimiento, esto nunca alcanza, porque en el fondo el tema fundamental es la duda sobre el propio valor y si la duda sobre el propio valor queda sin responder no hay oropeles que alcancen. Y cuando uno empieza a contestar esa pregunta por la positiva, ¡Sí, valgo! entonces no se necesitan tantos oropeles. Por eso digo, a lo mejor si uno no puede trabajar todas las horas que quisiera en las condiciones que uno quiere trabajar, está la posibilidad de trabajar menos horas de las que uno quisiera, conformarse con menos, porque no es menos, ¡es más! en cambio cuando uno en función de la cuestión cuantitativa y numérica va en función de eso, lo cuantitativo nunca termina de ser lo cualitativo y entonces nunca alcanza, siempre falta un poco más. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, es muy importante lo que decís, quiero comentar algunas cosas. En primer lugar, el tema apendicular de las citas. No es “El hombre con el dolor en el brazo”, es “Un hombre con el dolor en *un* brazo”. La diferencia es que el dolor es el dolor, y el brazo es

uno, puede ser el otro. Pero yendo a lo más importante, el tema de los oropeles no es otro que el tema de la dignidad que es un tema de absoluta moda por decirlo de algún modo. Está lleno de indignados el mundo, se han hecho famosos los indignados y bueno, continuamente se habla de un trabajo digno, se habla de la dignidad de la gente y estamos en un mundo en donde la dignidad ha desaparecido. Y esto tiene que ver con una cosa muy importante que vos dijiste, que es el tema de si uno siente que lo que está haciendo está bien, en el sentido del *deber*. No es casualidad este asunto de omitir el deber. El deber es fundamental porque es el principio de la moral, entonces es un punto importante. Y lo otro que también es importante es el tema del anexo. Que, qué pasa con los discípulos. Bueno, todo esto está muy claro en el principio que dice “haz lo que yo digo, no lo que yo hago”, ese es el principio en donde de alguna manera el sujeto que tiene la actitud de tener un discípulo, lo que está diciendo es “yo no soy el cartabón que muestra totalmente el *súmmum* del logro del deber, yo tengo las limitaciones personales que son inevitables. No me puedo convertir solo en la imagen. De alguna manera, los principios van más allá de los que yo ...yo los puedo representar, pero los representaré siempre de una manera imperfecta, los principios van más allá de mí”. Creo que esto es lo que de alguna manera tiene que ver con el deber. Nadie puede decir: “hago todos los huevos en el nido”.

Lic. Liliana Casali: Bueno, pensando en todo lo que se iba desarrollando, creo que con Eduardo, y también ahora retomaron Gustavo y vos, sobre el tema de la comunicación remota y sobre el tema de lo que uno puede elegir, mejor o peor, yo pensaba si no se podría abordar desde otro punto de vista en el sentido de, si pensamos en la presencialidad, es una condición central, esencial para poder desarrollar el procedimiento analítico, pero no define el procedimiento analítico, porque el procedimiento analítico se define por un encuadre determinado, que tiene una frecuencia semanal, el uso del diván, y por un procedimiento que implica, en un interjuego de transferencias y contratransferencias, poder comprender el punto de urgencia compartido, interpretar, hacer consciente lo inconsciente. Entonces, desde este punto de vista, si la presencialidad no define el procedimiento psicoanalítico, es posible psicoanalizar sin presencialidad. Esto no significa que esto sea mejor. Esto introduce una serie de mermas, y de dificultades, que requieren una exploración, una comprensión más amplia, pero pensaba si puntualizar algunos de estos elementos no aclararía un poco más este tema, más allá de todas las cuestiones particulares que hacen a los casos diferentes, muchos de los cuales se han mencionado, esto limitaría la posibilidad, partiendo de la curiosidad o de la necesidad de explorar cómo se puede hacer esto en las mejores condiciones posibles, sobre todo porque esto se hace en el mundo “psi” de cualquier manera, y entonces me parece a mí útil, poder explorar en este sentido, eso nada más.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, la prueba de lo que vos decís la tenemos en Freud. Freud psicoanalizó a Leonardo Da Vinci, y también psicoanalizó no presencialmente a Juanito, y esto ¿no es valioso? Sí, es valioso. ¿Esto no es el procedimiento mejor? No. Obviamente que no, pero por eso, lo que decíamos recién, lo decíamos por lo que decía Dorrit, también lo dijo Gustavo, es decir, no se trata de si es posible, se trata que es lo mejor. Y no cabe duda de que lo mejor está dado por una serie de condiciones que marcan..., a ver, vuelvo a repetir, una cosa es el predominio, si Freud se hubiese dedicado a psicoanalizar a Leonardo Da Vinci, y no hubiese psicoanalizado a los pacientes que iban a su consultorio, hubiera sido muy diferente. Ahora, ¿esto implica que Freud no podía satisfacer su curiosidad tratando de utilizar todo lo que conocía de Leonardo Da Vinci para tratar de comprenderlo psicoanalíticamente? Sí, pero evidentemente... miren, tenemos el ejemplo del gran psicoanalista norteamericano Rappaport,

que nunca analizó ningún paciente. Es decir, se dedicaba a hacer la teoría del psicoanálisis y no psicoanalizaba pacientes. Evidentemente es una situación muy particular. Hubo también un gran clínico argentino que, hay una biblioteca médica por él, ahora no me acuerdo el nombre, alguno que está vinculado con la medicina lo recordará, que no veía pacientes, y era un gran teórico de la clínica. Pero evidentemente esto marca una situación muy particular. ¿Es que no es valioso lo que hizo? Sí, es valioso, pero de alguna manera no es el camino más fructífero. Evidentemente los pacientes enseñan y el clínico que está al lado de la cabecera del enfermo es muy diferente que el clínico que estudia las vicisitudes de la patología. Así que creo que estamos otra vez en una cuestión de elección y de predominio, y que de alguna manera hay cosas que valoramos más y cosas que valoramos menos, y es normal que así sea.

Dr. Gustavo Chiozza: Lo que me da mucha curiosidad es cómo se sentiría Rappaport o este médico en comparación con otros psicoanalistas o médicos que sí veían pacientes, y me cuesta creer que yo en esa situación me sentiría igual que alguien que ve pacientes.

Dr. Luis Chiozza: Estoy de acuerdo.

Dr. Gustavo Chiozza: Entonces no sé qué se propuso Rappaport para su vida, y tampoco sé si lo consiguió, pero me parece a mí más posible imaginarme que no se sintiera tan satisfecho y me parece también algo antinatural tener tanto interés por una cosa clínica y tener tanta resistencia a ponerse en esa situación. Es como si yo dijera, cómo puede ser que una persona que ama el tenis y nunca quiso sostener una raqueta en la mano y pegarle a una pelota para ver si la pasa del otro lado de la red. Me llama la atención.

Dr. Luis Chiozza: Y bueno, hay tréboles de cuatro hojas

Dr. Gustavo Chiozza: Qué sé yo...yo debo ser de tres (risas). La otra cuestión, es cierto que es muy importante que el alumno, el discípulo llegue en algún momento a diferenciar al maestro del modelo, y acepte que el maestro es una versión más real y más concreta que el modelo ideal. Lo que creo es que "haz lo que yo digo y no lo que yo hago", funciona pésimo, y en general lo que uno ve es que lo que uno transmite, lo transmite sobre todo al partir del ejemplo. Esto es como los padres que le dicen a los hijos que tienen que leer y en la casa no hay libros y ellos no leen, es muy difícil. A veces puede ser, pero no porque los padres lo hayan dicho o lo hayan querido, sino por otro motivo. Y con respecto al tema de la presencialidad, a ver, Liliana decía, lo esencial del vínculo analítico, la presencialidad tiene un peso fundamental. Nosotros hacemos vínculos, y los vínculos no se hacen en la pantalla. Las cosas que el paciente dice y que nosotros oímos y las que nosotros decimos y las que el paciente oye, esas se pueden transmitir en la pantalla, pero ahí no está la esencia de la cuestión. Por ejemplo, si mi mujer me dijera que se tiene que ir a vivir a Estocolmo, para seguir con su vida, su carrera y sus cosas, yo diría, bueno, vamos a seguir el vínculo de manera remota, porque es mi mujer, estamos hace 30 años juntos, vamos a intentar a ver, tal vez, una vez que esté allá y veamos toda esta merma decidamos resolver todo este asunto de una manera mejor, y bueno, quizás vale la pena intentarlo, seguro, yo estoy seguro que lo intentaría. Pero si no funciona y me termino separando, y alguien me dice tengo una chica para presentarte que vive en España, ¡no! ni empezamos. Entonces también hay una situación distinta cuando el paciente que uno tiene, en alguna circunstancia, bastante inamovible, requiere o incurre en la no presencialidad como por ejemplo fue esta situación de la cuarentena, y bueno, uno intenta. Y otra cuestión, es decir, voy a tomar pacientes que ya sé que nunca los vi y que nunca los voy a ver. A mí me

parece que es una situación muy distinta. No, pero el paciente necesita; no es problema mío, hay tanta gente que necesita. Es más, a considerar por la necesidad lo primero que tendría que hacer es irme a África y alimentar a los niños. Si es lo que la gente necesita, hay tanta gente que necesita. Para ocuparme de las necesidades de la gente hay un montón de otras cosas que puedo hacer primero, inclusive como psicoanalista. Pero, podría por ejemplo darle más sesiones gratis a los pacientes que están viniendo presencial y que necesitan más y que no lo pueden pagar. También eso es una necesidad. Entonces por qué voy a tomar a un paciente que no conozco, que no voy a conocer y que todo va a ser virtual. Inclusive uno podría decir que, bueno, también el traductor de Google llegó para quedarse. ¿Entonces puedo atender otros pacientes que hablan otros idiomas con el traductor? Pero, ¿cuál es el objetivo?, este es el punto.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, es muy importante lo que estamos hablando. En primer lugar, te quiero decir que comprendo muy bien lo que decís y estoy de acuerdo, pero debo agregar algunas cosas. En primer lugar, lo primero que dijiste, el paciente necesita, es obvio que esto groseramente oculta que estoy hablando de una necesidad mía, no de una necesidad del paciente, y una necesidad que puede ser muy imperfecta. Y esto nos lleva a otra cuestión, a que las cosas que funcionan pésimo, existen. Y que tienen una razón de existir y que lo perfecto es lo que no existe, existen grados de imperfección, pero nunca existe lo perfecto. De manera que lo primero que tenemos que preguntarnos es, cuando las situaciones se dan de este modo, ¿qué es lo que tienen implícito?, ¿cuál es la razón de ser de lo pésimo? Esto es lo que yo creo que forma parte inexcusable de nuestra indagación. Y, por último, creo que es importante darse cuenta de que, si funciona pésimo, que un maestro no pueda ser el ejemplo de lo mismo que dice, no quiere decir que no exista y, de hecho, existen montones de discípulos que superan a sus maestros, y porque de alguna manera van más allá de lo que los maestros le enseñan con el ejemplo. Les enseñan con el ejemplo hasta aquí y después ellos empiezan a ver los déficits en el ejemplo. Me parece que esto por otro lado, por mejor que sea el maestro siempre va haber un espacio en donde el discípulo se va a sentir defraudado. Esto lo muestra claramente nuestra indagación de las relaciones entre los hijos y los progenitores. Los progenitores tarde o temprano, encuentran que tienen que buscar afuera otras cuestiones que adentro de su misma familia no encuentran. De hecho, hace tiempo que me conmueve el pensar que todos nos analizamos por la misma razón, nos analizamos porque no hemos podido resolver adentro de nuestra familia nuestras dificultades. Y entonces, empezamos a buscar afuera, algo que de alguna manera nos arranque de ese malentendido intrafamiliar. Esa es la razón por la cual una persona se analiza.

Dr. Eduardo Dayen: Sobre el tema de haz lo que yo digo, pero no lo que yo hago, pensaba qué bueno que nosotros tenemos reuniones como estas Jornadas, porque acá venimos a hablar no solamente de lo que decimos, sino poder hablar de lo que hacemos, hablar de lo que hacemos y pensar en lo que hacemos. Las dos cosas. Esto es lo que nos está dando esta Jornada que a mí me parece de la mayor utilidad. Yo coincido totalmente con lo que decía Gustavo de subrayar todos los días un poco más la importancia de la presencialidad. Y coincido también con Gustavo, que él lo decía creo que, con una metáfora, en la importancia de poder esclarecer si yo voy a trabajar psicoanalíticamente con alguien que no conozco y que sólo lo voy a ver de manera virtual o de manera remota, yo soy de las personas que piensa que no haría una cosa así, no tomaría a una persona que no conozco, para el tratamiento, y después realizar de ahí en más, el tratamiento de manera remota. Pero bueno, me gustaría discutirlo, hay quienes lo hacen, me gustaría saber qué cosas han pensado respecto de eso. Y

después yo me pregunto, ¿puede ser que nos esté costando hablar acerca de cómo estamos trabajando, si da lo mismo en este momento en que bueno, parece tener tanta presencia el tema de lo remoto, da lo mismo hacerlo por teléfono que hacerlo por zoom, es todo igual? Técnicamente, ¿conviene que lo hagamos, o no conviene que lo hagamos? Yo me pregunto, ¿puede ser que nos esté costando mucho discutir si lo voy a hacer por zoom, si el paciente tiene que estar acostado o no tiene que estar acostado? En fin, estamos haciendo cosas distintas y ¿qué es lo que convendría más? Creo que hablarlo entre todos es lo mejor que nos puede pasar.

Dr. Luis Chiozza: Con respecto a lo que decís, Eduardo, te digo lo que yo siento que puede ser revisado, a mí me parece que la diferencia entre la presencialidad y el contacto remoto es tan grande, que una vez que se establece esa diferencia, me despierta pocas ganas de ver la diferencia entre hacerlo por teléfono o por zoom, o entre hacerlo acostado o viéndole la cara, por ejemplo. Entonces yo es como si dijera, una vez que he pasado el límite de que ya no es presencial, lo otro es tan diferente que me cuesta decir que me voy a centrar en estudiar la diferencia de si el paciente que atiendo en modalidad remota está acostado y le veo los pies, casi te diría que prefiero verle la cara, a pesar de que no esté acostado. Y me parece que bueno, eso abre otro tipo de discusión que me interesa menos, pero puede ser un defecto mío por un cierto rechazo de la cuestión, una vez que paso el límite de lo presencial al contacto remoto, ya que el paciente esté acostado o no esté acostado me importa menos, me importa mucho más todo lo que pueda enriquecer mi contacto con él. Esto por un lado.

Lic. Mirta Dayen: Esta vez tengo que vencer una resistencia importante para participar porque por momentos me empiezo a confundir si vale la pena volver sobre cosas, pero bueno, pero pienso que sí, debo decirlas. Partiendo de algo que dijiste, Luis, hace un rato, tratar de...de pesquisar si nosotros sentimos que crecemos o estamos paralizados, porque me parece, y está implícito en lo que decís que en esto también nos podemos dejar engañar o auto engañar, ¿no? entonces esto se une con algo que siempre habla Gustavo, cómo me valoro, cómo me estimo, o cómo estimo lo que hago. Y aquí abro un paréntesis para referirme a algo que se tocó en un momento en la Jornada, que creo que contiene la cuestión de juntar bien o mal, o separar bien o mal lo que siento que valgo yo como persona de lo que siento que hago, sea que lo valoran los demás o no, por eso, esto se abre, es un espectro enorme.

De aquí entonces digo, bueno, pero...esto es algo que muchas veces conversamos con Gustavo y creo que hay algo que no termino de entender, ¿valoro en la consciencia o de manera inconsciente? Es decir, la autoestima, cuando yo me pregunto porque algún conflicto tengo, a ver, cuánto valgo, cuánto no valgo, en lo inconsciente, según una expresión que utilizó dos veces, yo no soy una isla, los otros, y también lo inconsciente, influyen en esa valoración que yo llego a hacer en mi consciencia, mal o bien, entonces creo que algo me estoy perdiendo con lo que dijiste Luis de haz lo que yo digo pero no lo que hago, yo había pensado lo mismo que te dijo Gustavo, creo que el valor de lo que hago llega de una manera mucho más inconsciente incluso que lo que digo, pero con lo que dijiste después creo que me perdí más todavía, es muy complejo el tema. Esto es lo central que quería plantear y pero no quiero dejar de decir también que me conmovió mucho lo que dijiste de que uno buscó el análisis porque en la familia no resolvió las cosas, que eso en las familias no resolvía las cosas, que eso lo seguimos viendo. Gracias

Dr. Luis Chiozza: A mí me parece que la autoestima, como la respiración, cuando uno se pregunta por la autoestima es porque la ha perdido. Es decir, la autoestima, cuando funciona

bien, es inconsciente. Sencillamente uno no se pregunta “cuánto valgo”, si se siente bien. Si se pregunta es porque ya se siente mal. Es como si uno dice, “qué bien estoy respirando esta mañana”, es porque algo le pasa con la respiración. Si uno se pregunta es porque ya uno tiene un problema que lo lleva a poner esto en la consciencia, cuando funciona bien es automático e inconsciente, como cuando uno respira bien, esto es lo que me parece.

Dr. Gustavo Chiozza: Bueno, empiezo por esto último. Si todo lo que funciona bien es inconsciente, entonces de alguna manera, los afectos son testimonios de ineficacia, pero resulta que los afectos son el valor que hacen que la vida tenga importancia. Entonces cuando yo logro ejecutar una acción eficaz, como dice la metapsicología, de algún modo se produce la descarga placentera. Entonces hay situaciones en las que yo logro tener eficacia y entonces me siento bien y este bienestar, por más que la teoría me pueda decir que eso que yo experimento como bienestar no es bienestar porque si fuera bienestar sería inconsciente, es lo que yo busco en la vida, ese bienestar. Entonces, cuando yo siento que pude enfrentar una situación difícil y salir bien parado, yo digo ¡Guau!, pude enfrentar una situación difícil y salir bien parado. Entonces esto es algo que yo siento. Cuando los demás me dicen vos podés enfrentar situaciones difíciles y salir bien parado, lo que yo digo es no sé, si puedo salir bien parado, ellos creen que sí, pero yo no sé, hasta que no enfrente una situación difícil y salga bien parado, no lo voy a saber, a esto me refiero yo. La otra cuestión, con respecto al tema de la presencialidad, me acuerdo de la Jornada en la que discutíamos sobre el Skype, y digo, qué importante fue la cuarentena porque probablemente cuando hicimos esa jornada todos los presentes habíamos tenido alguna experiencia con Skype, o no, algunos más, otros menos. Pero después de la cuarentena fue otra cosa. Yo nunca dejé de atender presencial porque tenía pacientes que tenían el permiso de circulación por distintos motivos y estaban dispuestos a venir, pero sí en los momentos iniciales de la cuarentena, atendí un ochenta por ciento, un noventa por ciento, setenta por ciento, por teléfono, Skype...no importa, remoto. Y yo tenía la clara sensación de que esa no es la profesión de lo que yo había elegido, y que, si la cuestión iba a seguir así, yo no iba a estar satisfecho como lo estaba antes, aunque quizás antes no siempre lo tuviera presente. Y esto no es lo que yo quería hacer en la vida. Tanto por la experiencia directa de lo que era mi día, principalmente, pero también secundariamente por lo que yo sentía que estaba pudiendo hacer en los otros. No es que yo diga que todas esas sesiones no sirvieron de nada; no, de nada no, inclusive las que mejor recuerdo son las que me sirvieron para convencer a algunos pacientes que no querían venir de que vengan. Pero bueno, creo que ahí hemos tenido un testimonio que antes cuando hablábamos del Skype no tenía. Y después, con respecto al tema de predicar con el ejemplo, creo entender que hay una diferencia importante, porque me parece importante lo que yo digo y también me parece importante lo que vos decís. Una cuestión es que el maestro diga esto es lo que hay que hacer, si yo pudiera, lo haría, pero no puedo, a lo mejor vos podés, y otra cuestión es cuando el maestro dice vos hacé esto, pero yo hago esto porque soy el maestro.

Dr. Luis Chiozza: Eh, no... obviamente no me refiero a eso...

Dr. Gustavo Chiozza: Entonces, vos tenés que atender tres veces por semana, yo puedo atender dos, vos tenés que atender presencial, yo puedo atender por Skype, esto es lo que no funciona bien, esto es lo espantoso, esto es lo que introduce el falso privilegio del padre,-no solamente en el alumno, también en el maestro-, y esto es lo que hace que los hijos de los padres y los discípulos de los maestros aprendan más rápido los defectos que las virtudes, primero porque los defectos son más fáciles, pero segundo porque los defectos tienen esta

cuestión de que porque soy el maestro me doy el lujo de tener defectos. Porque no importa, porque yo hago las cosas tan bien que si las hago mal salen bien igual. En este sentido creo que uno tiene que tener cuidado con esto. Entonces uno no puede decir si yo pudiera tomaría pacientes por tres, pero no puedo y tomo pacientes por dos, porque entonces el alumno diría si vos pensás que tiene que ser por tres por qué no les decís a los que vienen dos que vengan tres o que no vengan más. Entonces en este sentido creo que a esto me refería yo con lo de predicar con el ejemplo, que no significa que uno por ser maestro tiene la exigencia de ser perfecto, de ser ideal.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, es muy importante lo que has traído, me voy a tomar un poco de tiempo para aclarar varias cosas. En primer lugar, suscribo la aclaración que acabás de hacer totalmente, y me parece que vienen bien hacer esa aclaración. Pero hay varias cosas que es importante comprender. En primer lugar, quiero suscribir lo que dijiste porque tuve yo la experiencia que tuve que atender muchos pacientes por video conferencia, al principio de lo que sucedió prácticamente quedaron pocos pacientes presenciales, tuvimos pacientes presenciales igual, pero eran pocos, al principio, sobre todo. Y la sensación de malestar y de descompostura era enorme. Tan enorme que de alguna manera la sentí como algo que me hacía mal diríamos en mi propia salud, digo suscribiendo a lo que vos decís. La segunda cuestión que suscribo totalmente de que el maestro le dice al alumno, mirá, vos tenés que hacer los pasos, yo me los puedo saltar porque yo soy especialmente habilidoso. Si bien es cierto que en principio acuerdo con vos que es un pensamiento espurio, también es cierto que algo de verdad tiene, y el ejemplo de esto lo tenemos en el Estudio Patobiográfico, porque en el Estudio Patobiográfico, en cuanto nos descuidamos, estamos haciendo el método de una manera que sólo sirve para los iluminados, en donde solamente va a poder hacer una resignificación alguien que de alguna manera no logra formar discípulos que hagan resignificaciones. ¿Por qué? Porque de alguna manera es como si dijéramos que estamos utilizando un principio que solo funciona una vez que se adquirió una cierta habilidad, pero el chiste está en lograr que los otros vayan adquiriendo esa habilidad para que puedan terminar haciendo resignificaciones sin necesidad de que la resignificación la hace el maestro como la sustancia secreta de la Coca-Cola que vienen y le ponen el ingrediente secreto que nadie puede conocer. Creo que en ese sentido es interesante, si Freud hubiera hecho eso con el psicoanálisis no existiríamos los psicoanalistas, para psicoanalizarse habría que psicoanalizarse con Freud. La idea es que el Estudio Patobiográfico sea algo que lo puedan ir aprendiendo todos. Porque es un método tan valioso como el de la sesión psicoanalítica. Entonces a mí me parece que esto también es un punto importante. Y ahora vamos al punto esencial que vos lo trajiste y que es muy importante, creo. ¿Qué significa esto que yo busco el bienestar? ¿Cómo consigo yo el bienestar? El tema que traía Gustavo recién de los afectos me parece un tema clave. Porque el bienestar que yo voy a conseguir y el bienestar que busco, lo uso con un procedimiento que es traer, como un bonus, un placer de otro sistema, esa es la manera en que yo uso los afectos para darme los gustos que me permiten tolerar los sinsabores y donde esto se ve muy bien y con claridad meridiana, es en el masoquismo, ¿qué es el masoquismo sino haber traído el placer de otro sistema para premiar una conducta dolorosa? ¿cómo se podría gozar del sufrimiento, si el placer no se trajera desde otro sistema? A mí me parece que este comprender que adentro del psiquismo hay distintos sistemas y que un sistema puede aportar placer a un dolor, es clave para comprender el masoquismo, sino no se podría comprender cómo uno puede gozar del sufrimiento. Y esto mismo yo creo que está cuando yo me doy algún gusto. Por ejemplo, lo estoy pasando mal y me tomo media botella de vino y digo qué bueno, ahora puedo luchar contra mi malestar, con este bienestar. Allí estoy

haciendo exactamente lo mismo, el bienestar lo estoy trayendo desde otro sistema para compensar lo que dentro de ese sistema es el dolor. Me parece que hay que prestarle mucha atención a esta separación en sistemas porque nos esclarece muy bien lo que pasa con el masoquismo, además nos esclarece muy bien el problema que se planteaba Gustavo. Entonces si el bienestar es inconsciente, ¿cómo es posible que yo busque afectos placenteros? Sí, busco los afectos placenteros, lo saco de otro sistema para compensar el malestar que siento, entonces ahí esto explica diríamos, yo creo, la dinámica de esta situación.

Lic. Hilda Schupack: Acabo de darme cuenta, que cuando nosotros hicimos la otra Jornada, hablábamos de todo esto porque no se podía hacer presencial. Pero estamos hablando de esto ahora que se puede hacer presencial. Entonces yo me pregunto, ¿no estará pasando con esto lo mismo que pasó con la pandemia, que se está poniendo en evidencia conflictos y falta de convicciones que se tenían desde antes pero que estaban disimulados? Porque la pregunta que yo me hago es...yo hablo con mucha gente y ... no, porque el paciente no quiere venir o porque es más cómodo. Y yo creo que no tienen consciencia de la diferencia entre hacer presencial y no presencial, y las razones por las cuales se dicen las cosas que no se pueden hacer son tan espurias, son tan absurdas que uno dice, pero acá no tienen nada que ver ni con el tiempo, ni con la comodidad, sino que justamente, se está poniendo en evidencia un conflicto que se tiene con la tarea. Este es el punto, este tema que estamos hablando...cuando hablábamos si por teléfono, si por zoom, era porque no se podía hacer presencial, pero ahora se puede hacer presencial, que tiene que ver que sea por teléfono y por zoom, entonces este es el punto que ahora me estoy dando cuenta que realmente me inquieta, ¿por qué estamos hablando de esto si ahora se puede hacer presencial?, y mucha gente, no por casualidad, mucha gente está manteniendo y con la fantasía de continuar de esta manera. Bueno, esto era lo que quería comentar.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, pero lo que usted dice, no es lo que les pasa a los pacientes, es lo que le pasa a los psicoanalistas. Los psicoanalistas, de alguna manera, no tienen una clara convicción, y esto se agrava por el hecho de que muchos dicen o atienden pacientes por video conferencia o me quedo con dos pacientes solo. Bueno, ahí vamos a lo que dice Gustavo. Si no me puedo ganar la vida haciendo psicoanálisis bien, voy a decir, me voy a ganar la vida haciendo psicoanálisis mal. Esto es una decisión gravísima, por qué, porque puede ser que usted se gane la vida, lo que evidentemente se va a intoxicar, se va a sentir mal. Esto es exactamente lo mismo que los psicoanalistas que atienden pacientes una vez por semana, aparentemente les va muy bien, cobran mejores honorarios porque el paciente cuenta lo que paga por mes, y aparentemente está todo muy bien, lo único que están haciendo una actividad tóxica que los enferma. Cada día están esperando a que sea viernes para dejar de trabajar... cada día están buscando un fin de semana más largo, es decir, es una situación horrible.

Cuesta trabajo generar una consciencia más pública de esto, pero yo creo que vale la pena empezar por tener una consciencia más personal para que después, esta consciencia se vaya haciendo más pública, que intoxicarse como psicoanalista no es un buen negocio.

Y bueno, vamos al punto que planteó Gustavo, si no me puedo ganar la vida como psicoanalista, me voy a ganar la vida haciendo esta otra cosa espuria, esto tiene que ver con lo que había dicho Noelia de diferenciar entre psicoanálisis y psicoterapia, cada vez se hace más psicoterapia y menos psicoanálisis. Entonces esto me parece un punto importantísimo, esta diferencia que hay entre trabajar bien de manera saludable, aunque sea difícil ganarse la vida con eso, y trabajar para ganarse la vida, aunque sea insalubre. Es una decisión, realmente, muy penosa y que es importante tenerla consciente.

Dra. Marina Grus: Quería volver sobre un tema que se planteó al principio, que plantearon algunos sobre las interpretaciones cortas, esto de si siempre menos es más... porque quería preguntar en el sentido que...o sea, obviamente lo entiendo y lo comparto porque no interviene el pensamiento intelectual, llega directo, pero me preguntaba también por el valor de las construcciones, por ejemplo, Gustavo había traído todo un trabajo al respecto, o el tema de la interpretación completa, María lo mencionaba, de incluir la resistencia y lo resistido, estas interpretaciones en donde, tal vez, que son más largas y que es necesario ampliar algunas cuestiones para explorar mejor, como decía ella, ciertos malentendidos, entonces por un lado se me hacen como antagónicas las dos cosas y bueno, quería preguntar por este tema y cómo integrarlo.

Dr. Luis Chiozza: En realidad, tenemos que partir de una base fundamental. Freud dijo, lo intelectual también es un poder, y después agregó, es de los que actúan a la larga, pero dijo que lo intelectual también es un poder. Y no cabe duda de que Freud ha hecho muchos análisis y muchas interpretaciones intelectuales, sin duda. Y me parece que en realidad las interpretaciones intelectuales no tienen que estar prohibidas, se trata de comprender que no son las mejores. Y en cuanto que una interpretación corta no puede tener lo resistido y la razón de la resistencia, es mentira, cuando una interpretación corta es una interpretación lograda, es lograda porque de alguna manera puede entrar en la consciencia porque de algún modo ha salteado este dilema de la resistencia que no me permite comprenderla. Yo creo que esto es un punto muy importante. Hace poco utilizo un ejemplo para decir que muchas veces..., un paciente, por ejemplo, cuenta que tiene un problema de salud, el analista le interpreta la hipocondría, después cuenta que le han dado un peritaje y que esto le ha dado una gran satisfacción y el analista interpreta que el paciente teme que en realidad se olviden de él en el ambiente de abogados donde trabaja. Y por último habla de que le ha mandado un e-mail a una mujer, digamos Josefina y que Josefina no se lo respondió y el analista interpreta que él tema que Josefina no tenga interés en salir con él, ir a cenar y armar una pareja. Estas tres interpretaciones intelectualmente son correctas, pero, ¿qué puede hacer el paciente con eso? A lo sumo hacer una integración intelectual. Si en cambio el analista hace esta integración intelectual y después extrae el factor común emocional, le va a decir una interpretación que resume todo esto en...por ejemplo le puede decir que él se siente decadente. En una interpretación corta ha reunido todo esto y no cabe duda de que esto tiene una repercusión emocional que, si el analista le dice las tres cosas por separado, el paciente no va a llegar a esto. ¿Esto significa que cuando uno hace un análisis didáctico, a un colega, no puede usar interpretaciones intelectuales? Claro que puede, pero son mucho mejores las otras, de esto se trata creo la cuestión y la idea de que una interpretación corta no puede satisfacer ese requisito de lograr hacerse consciente porque saltea la dificultad, es errónea, cuando una interpretación está bien hecha el paciente se conmueve de otra manera, y ahí se cumple ese precepto que Bion expresó tan clarito, que por eso lo cito, tal vez porque digo, porque no lo puedo expresar tan clarito como él, y para que ustedes a través él logren lo que no les logro transmitir, dice en este punto del camino el analista que se equivoca le enseña a su paciente psicoanálisis, en lugar de darle una experiencia emocional irreversible. Me parece que esto de alguna manera tiene que ver con lo que vos preguntás.

Lic. Silvana Aizenberg: Pensaba si podemos hablar un poco más de un aspecto esencial del tratamiento psicoanalítico que es la resistencia y la contrarresistencia, y que hace difícil, por supuesto, encontrarse con los puntos de urgencia y hacerlos más consciente. ¿Por qué digo

esto? Expreso un poco mi inquietud, me da la impresión cuando discutimos sobre el tema de la virtualidad y atender de esta manera, este...me parece que es valioso discutirlo, pero me parece que hay cosas que vamos repitiendo sin salida, ¿no? Entonces pensaba, no puede ser que esto que ahora nos pasa de estar discutiendo sobre la virtualidad, esté ocultando a lo mejor algo más esencial de lo que queremos hablar que es la dificultad, por ejemplo, esto último que se estuvo hablando acerca de los análisis intelectualizados, bueno, esto que decimos de la dificultad para encarar las resistencias y la importancia que tiene la dificultad para cambiar. Y bueno, como vos lo mencionaste a Freud, el tratamiento intelectualizado, bueno, no lo pude dejar de asociar con algo que Freud se auto recriminó porque en su único encuentro con Juanito, cuando él le pidió a Juanito que describiera cómo era el caballo al que le tenía miedo y Juanito lo describió, entonces le dijo Freud, ah, bueno, entonces es parecido a tu papá, que tiene anteojos y bigotes, algo así. Y entonces Freud después es recriminó diciendo que quería exhibirse frente al paciente, con una interpretación intelectual y el verdadero problema, que era el complejo de Edipo no lo había hablado con el chico. Bueno, en fin, esto lo asocié ahora por lo que vos acabás de decir de Freud, pero quería retomar la cuestión de si podemos volver a algunos aspectos más centrales del tratamiento psicoanalítico.

Dr. Eduardo Dayen: Bueno, yo prometo no insistir más porque estoy de acuerdo con lo que dice Silvana recién, prometo no insistir más con el tema de la técnica y el arte. De todas maneras, creo que vale la pena reconocer que en algún momento se hizo necesario el análisis de niños y se construyó, se perfiló, una técnica para el análisis de niños. También pasó lo mismo para el Estudio Patobiográfico, que en algún momento se hizo necesario y se construyó una técnica para hacer el Estudio Patobiográfico. Con lo cual, lo que quiero decir es que, si llegamos a pensar en algún momento, yo soy el de los que lo piensan, si llegamos a pensar que en realidad este tema de la comunicación remota empieza a ser necesario construir una técnica, lo que conviene es construir esa técnica. Respecto a lo que vos decías Luis, que bueno, que dada la presencialidad tiene toda la importancia que tiene, si tenemos que hacer una comunicación remota, es lo mismo hacer..., en eso yo no estoy de acuerdo, creo que la comunicación remota, cara a cara, tiene una característica que se asemeja a lo mismo que nos proponemos no hacer el análisis cara a cara, tiene en el fondo la justificación que a mí me parece de la mayor importancia que es el tema de la introspección, este... no solamente para el paciente, sino para nosotros como psicoanalistas, poder retirar la mirada del mundo y llevarla a la introspección, creo que es una cualidad muy... una cosa muy importante para el trabajo nuestro. De manera que yo me inclino a pensar que en la medida en que trabajemos, no por teléfono, sino por zoom, y en la medida en que, trabajando por zoom, tratemos de conservar los parámetros que ya conocemos, es mejor. Pero, de todas maneras, insisto, estoy de acuerdo con lo que decía Silvana, y podemos parar con este tema.

Dr. Luis Chiozza: Por lo visto no podemos parar con este tema, yo creo que estás equivocado, que el tratamiento no es cara a cara, es la cara del paciente, pero no la cara del analista. Entonces no es casual que vos digas "cara a cara", porque por algo te equivocás. El paciente no está con la cara del analista, está la cara del paciente, después si habrá mejores o peores maneras de hacerlo, es otro tema. Pero hay otro tema que me importa mucho más y que me conmueve especialmente, me conmueve, realmente mucho, y realmente creo que lo que estoy diciendo me inquieta un poco por la magnitud de lo que sucede. Yo me pregunto, y pregunto, por qué analizamos con la sofisticada técnica del juego y con los dibujos, a niños que tienen una capacidad de hablar completa. Niños de cuatro años que hablan hasta por los codos en su casa, con los hermanos mayores, por qué los tenemos que analizar con una técnica sofisticada

en donde decimos, que tienen que jugar, que tienen que dibujar en el papel, que tienen que traer su caja de juegos, etcétera, etcétera, y me pregunto, y les pregunto, es tan importante lo que digo, que realmente me inquieta porque de alguna manera me lleva a pensar que nada impide a que los niños se analicen a través de la palabra, niños que hablan muy bien, que se analicen a través de la palabra como analizan a los adultos. Yo no veo por qué, un niño que habla hasta por los codos, una niña de cuatro años, que tiene una hermanita de ocho y otra de catorce, y se la pasa discutiendo, y argumentando, de que es injusto que la de ocho juegue con la muñeca de la de cuatro y...y la de cuatro no le puede sacar el pullover a la de ocho, me parece que esto algo significa, que nosotros hayamos renunciado y hayamos creado una especialidad de dibujos y de cajón y de su cajón con los juguetes y con todo el encuadre, cuando tenemos una niña que habla perfectamente bien a los cuatro años, y con conceptos a veces bastante elaborados. Entonces, yo digo, ¿no se esconde ahí una resistencia, del análisis, a comprender que un psicoanalista de adultos puede analizar a un niño de cuatro años a través de la palabra? Obviamente esto me inquieta porque es una cuestión que no se puede decidir tan rápidamente. Y porque de alguna manera un analista de adultos, a lo mejor, no tiene bien clara la diferencia que hay entre un chico de cuatro y uno de doce, no sé si me explico. Pero no pasa por el hecho de su dificultad para hablar. Y entonces yo me pregunto por qué no se puede analizar a través de la palabra, esto lo menciono, lo mencioné varias veces, no me siento en posición de centrar cátedra sobre el asunto porque no conozco lo suficientemente del tema, pero me parece que por lo menos es una inquietud que deberíamos dejarla madurar adentro nuestro y elaborarla.

Dr. Gustavo Chiozza: Bueno, para centrarme en cuestiones de técnica, voy a dejar la otra cuestión más teórica, el tema de los sistemas y todo eso, para otra ocasión. Con respecto a esta cuestión de las interpretaciones cortas, - no sé si cortas versus las largas, o cortas versus las intelectuales-, creo que ahí estamos teniendo un poco una insuficiencia del lenguaje, ¿no? Por ejemplo, por intelectuales, es muy abarcativo, lo intelectual. Hay cosas que son intelectualoides, creo que cuando decía que le enseña psicoanálisis, creo que te referís más a lo intelectualoide que a lo intelectual. Y...lo que yo traía en este artículo, que lo vinculaba con el Estudio Patobiográfico, es que Freud dice, nosotros solemos hablar de interpretación, pero interpretación es: interpretar aquí, esto y allí aquello”, pero con mucho yo creo que el sentido mejor es el de construcción. Y ponía el ejemplo de Usted, hasta su año X., y yo creo que, de alguna manera, el producto de consumo, o sea, lo que nosotros queremos producir y lo que el paciente necesita, en la medida en la que nosotros nos ocupamos de la vida anímica y que la vida anímica tiene esta fuerte conexión con lo espiritual, y la comunicación de dos vidas anímicas está en la parte espiritual, es el tema de la historia. Entonces poder vehiculizar esto que significa la historia, la literatura, como dice Freud, y como decís vos también, lo que buscamos es literatura, ya no necesariamente queda excluido todo lo largo. Puede ser corto, y puede ser corto y contener una historia, y también puede ser largo, y contener una historia. Y una historia es de alguna manera, un relato centrado en un sentido, en un significado, pero no es completamente ajeno el tema de que ahí también participe una cierta cuota del intelecto. No de intelectualoide. Entonces, cuando él dice, yo creo que usted hasta su año X se sentía el único e irrestricto poseedor de su madre y luego vino un hermanito y ella nunca más volvió a consagrarse por entero, ahí hay una historia, pero también hay una relación, hay nexos, es decir, uno podría decir que acá hay algo intelectual. Y yo creo que de alguna manera el objetivo del tratamiento psicoanalítico y el objetivo del Estudio Patobiográfico, no son tan distantes. También es cierto que, en una época, muy antiguamente, las resignificaciones tenían más el carácter de una interpretación y menos el de una historia, porque se interpretaba aquí esto y

allí lo aquello, entonces decía, en el vínculo con su hermana, tal cosa, en el vínculo con el trabajo, tal cosa. Lo que nos contó de su padre, esto. Y tenía también un poco más ese carácter y con el tiempo aprendimos a hacer las resignificaciones más centradas en un único aspecto, ilustrado, sí, desde distintos contextos, pero todo aplicando a una cuestión central y mostrando relaciones entre esto y aquello y lo de aquí y lo de allá, dándole un ordenamiento, que es justamente el sentido de darle un nuevo signo a las cosas que el paciente nos cuenta, re-significarlas, reordenarlas en una cadena de nexos distinta. Cuando Freud hablaba de sentido, hablaba de una cadena de significación, es decir, de cosas que se encadenan bajo la unión de un determinado sentido. Y con respecto al tema de que esto es aprendible, transmisible, es hasta cierto punto. Vos hablás del arte de psicoanalizar, si nosotros estuviéramos haciendo...es decir, en un punto, hay una cuestión que nos emparenta con la medicina, y con la técnica y con una acción eficaz, pero en otro punto nuestra actividad se emparenta con el arte, con la literatura, decimos que una buena película, un buen libro, opera justamente sobre, por ejemplo, una determinada espiritopatía, o sobre determinado conflicto, y entonces no siempre ocurre, pero de vez en cuando vamos al cine y salimos cambiados. Y la capacidad de hacer eso es una cuestión que es como aprender a hacer canciones o aprender a escribir libros, novelas, o aprender a hacer poesía. Vos podés dar un montón de elementos que están en la periferia, pero después si esto fuera una escuela de literatura, todos escribiríamos libros, pero no todos los libros serían igualmente buenos, serían igualmente valiosos, eh...habría gente que tiene un libro valioso cada tres y otra que no tiene ningún libro valioso. Y también ahí hay algo que, también me parece que hay un cierto...eh...una cierta cuestión que es como un poco una simplificación. Nosotros podemos mostrar cuáles son las circunstancias en las cuales la interpretación aparece, qué es lo que tenemos que hacer con las cosas que sentimos en la contratransferencia, pero nosotros no podemos enseñarle a alguien a interpretar lo próximo que va a venir, le podemos decir lo que hubiéramos interpretado en lo que ya sucedió. Hay algo de esta cuestión. Y con respecto a la técnica del Estudio Patobiográfico también hay cosas que se pueden enseñar, hay cosas que se pueden ejercitar, pero en un punto es como hacer una investigación de una fantasía inconsciente específica, no todo el mundo llega a encontrar ese vínculo que hay entre el trastorno y el drama oculto, y en última instancia hacer una investigación de fantasías específicas y darse cuenta de cuál es la historia que se oculta un determinado paciente detrás de su enfermedad, son cosas que tienen bastante similitud, no? entonces... digamos, esto es algo que tiene esta cuestión. Y en muchísimos ateneos los analistas hacíamos resignificaciones, pero estaban mal, y vos decías, no, está mal, hay que hacerla de nuevo, el centro no es este, es este otro. Y, otra vez, había gente que siempre las hacía mal, había gente que cada tres había una que estaba bien y había otro que empezó haciendo cada cinco una que estaba bien, después cada tres, por cada dos, y entonces hay algo que se aprende, pero no es tampoco decir quédate tranquilo que si yo te lo enseño lo vas a saber hacer. Entonces hay también algo que...por algo es la situación que es.

Dr. Luis Chiozza: Todo lo que has dicho se resume en que hay analistas mejores y peores, y entre los peores están los que se pueden llamar psicoanalistas porque proceden correctamente y otros que ni siquiera eso. Pero esto no quita el hecho de que... empezamos por el tema de la historia, como muy bien dijo Baranger, la palabra histórico-genético es una contradicción en sus términos. Yo puedo analizar a un político que se siente culpable y el político de buen grado acepta que se siente culpable porque un día tuvo una conducta destructiva con una joya de la madre, y está dispuesto a que esto sea el origen de su culpa. Mientras tanto este político se siente metido en cualquier cantidad de chanchullos en la actualidad. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir una defensa intelectual histórico- genética, es decir, yo soy neurótico porque

cuando era chico mis padres me abandonaron. Pero esto es una resistencia, evidentemente, porque la historia es presente, la historia es atemporal, es algo que no terminó de suceder, para la historia no hay pasado ni futuro, la historia que el sujeto está viviendo no terminó de suceder y en términos del futuro ya empezó. Y esa es la historia atemporal que tenemos que interpretar. Y esa es la historia que se va a vehicular en la transferencia con carácter atemporal justamente.

En cambio, cuando nosotros construimos, y esto yo creo que probablemente hasta me animaría a decir que entre tantos deslizamientos que le ocurrieron a Freud durante la construcción de su teoría, algunos los conocemos muy bien, por ejemplo, lo que tiene que ver con la tópica, la dinámica y la economía. Probablemente también este de las construcciones adolezca un poco de este defecto, es decir, de la necesidad de ubicar el origen del malestar actual, en un suceso histórico que ya pasó; y no pasó, está pasando y justamente porque está pasando está pasando en la transferencia y es actual. Y la culpa que puede sentir el sujeto, aunque él la quiera racionalizar en términos de tuvo una conducta resentida y ocasioné un daño muy grande a mi hermanito, en realidad lo que de alguna manera lo mantiene mal es actualmente que él se siente continuando en esa conducta destructiva, me parece que esto es un punto muy fundamental.

Yo creo que, volviendo al punto esencial, por supuesto que va a haber analistas mejores y peores, pero Freud se las arregló para generar un método que se puede aprender, y que, si bien es cierto que algunos lo hacen muy mal, también hay otros que lo hacen bastante bien, y obviamente siempre va a haber quién lo haga mejor y quién lo haga peor, el asunto es, ¿le quitamos la autorización a psicoanalizar a todos los que no tienen un cierto grado de desarrollo? Y bueno, esta es una cuestión que se ha dirimido muchísimo en los institutos de enseñanza de psicoanálisis. Pero me parece que es un tema complicado porque todos los días vemos que psicoanalistas bastante principiantes, yo digo principiantes porque a veces es un vicio, cuando vemos estos analistas principiantes resulta que tienen diez años de vinculación con el ejercicio de su profesión, y algunos... nosotros sentimos que les están haciendo bien a los pacientes. No tendrán el mismo nivel que los que tienen más experiencia o los que han sufrido una cantidad de vicisitudes; también hemos visto lo contrario, hemos visto analistas, que después de muchos años de psicoanalizar han perdido su capacidad y ya no le están haciendo bien a los pacientes porque se han neurotizado. Yo creo que una cosa es el defecto, grave, y otra cosa es pensar que el psicoanálisis es un procedimiento que no se puede enseñar y aprender, siempre va a haber psicoanalistas mejores y peores, pero a mí me parece que el mérito de Freud es haber creado un método que se puede aprender en el mundo y que hay montones de psicoanalistas que bien o mal lo han desarrollado y también sabemos que la extensión y la rapidez con que se difundió hizo que el análisis se banalizara un montón. Pero bueno, me parece muy bien que nosotros tengamos que luchar para mantener la consciencia de los principios fundamentales, pero de ahí a pensar que, de alguna manera, porque el hecho de que haya psicoanalistas mejores y peores tenemos que establecer una línea muy rígida me parece que no, me parece que el psicoanálisis es un producto valioso justo porque todavía se siguen formando psicoanalistas y todavía lo siguen aprendiendo al método, y algunos lo aprenden muy bien. Inclusive como dije antes hay discípulos que superan a sus maestros y, además, yo diría más, yo diría que, en el transcurso de los años, el análisis se va enriqueciendo, yo creo que han pasado cosas que han determinado que el análisis de alguna manera se enriqueciera con conceptos que en la época de Freud no se disponían. Por eso me parece que vale la pena pensar que la transmisión del método es algo importante.

Lic. Mirta Dayen: Me surge una inquietud en esto que estás diciendo, lo que está surgiendo alrededor de este tema, porque a mí me parece que yo puedo mirar a mi alrededor y ver que hay analistas mejores, analistas peores, así como pacientes que tienen más posibilidad de curarse y otros menos. Pero la pregunta, la inquietud que me surge es por algo que ya habías dicho respecto de que uno puede registrar si está creciendo o si se está paralizando, la pregunta es bastante concreta, en la experiencia tuya vos has visto..., porque me imagino que has visto de todo, has visto gente que progresa y progresa, has visto gente que progresa hasta un punto y empieza a retroceder, porque pararse es retroceder, la pregunta difícil es si uno puede contemplar, junto con esto que estás diciendo, uno siempre puede aprender algo más hasta capaz que se clausura y uno no aprende más nada, pero ¿se puede ir para atrás, para adelante, varias veces? Esa es la pregunta.

Dr. Luis Chiozza: A veces sí y a veces no.

Lic. Mirta Dayen: Claro, justamente porque eso es lo más difícil

Dr. Luis Chiozza: Pero hay otra cosa en lo que vos decís que no... inmediatamente van a comprender ustedes la certidumbre de lo que voy a decir: todos nosotros, cuando no podemos tomar un paciente, lo ubicamos con un analista de menos experiencia porque creemos que le puede hacer bien, ¿o no? Entonces, ¿qué quiere decir? Que no es un procedimiento reservado a los "top". ¿Por qué? Porque si los mismos "top", cuando no pueden tomar a un paciente, encuentran a otro para mandárselo, quiere decir que el procedimiento se puede transmitir, se puede enseñar, y uno confía en que si bien, se lo voy a mandar a fulano, o a fulana, que no tiene la experiencia que tiene otro que el paciente no puede pagar, sigo pensando que le puede hacer bien, por eso lo mando. Y esto es lo que hace que exista una escuela de psicoanálisis, porque pensamos que el método se puede transmitir. ¿Me explico? Entonces a esto me refiero, si hay una escuela de psicoanálisis, quiere decir que nosotros podemos pensar que...yo creo que este fue el gran mérito de Freud, inventó un método que pudo haber institutos que lo enseñaban y alumnos que lo aprendieron.

Lic. Hilda Schupack: Es más una pregunta para Gustavo pensaba cuando vos decías lo que decías, pensabas en alguna condición natural del sujeto que va a ser analista. Cuando vos decís que algunos aprenden, otros no aprenden, otros son mejores, otros son..., es decir, además de todo lo que es aprendizaje, ¿vos pensás que hay algo que es una condición natural, una capacidad que puede tener alguien para ser mejor analista o no? Es una pregunta que te hago.

Dr. Gustavo Chiozza: No sé cómo quedé en la posición de que digo que las escuelas de psicoanálisis no sirven.

Lic. Hilda Schupack: No, no, yo no pienso eso, te agrego esta pregunta porque me interesa saber.

Dr. Gustavo Chiozza: Creo que sirven las escuelas de psicoanálisis, las escuelas de arte, que se puede aprender a hacer canciones, que se puede aprender a hacer poesía, que se puede aprender a escribir literatura. No pongo en duda esa cuestión. Ahora, lo de las cuestiones naturales es una especie de petición de principio. Si dos tipos que fueron a la misma escuela, uno terminó siendo Borges y otro terminó siendo alguien que no conocemos, después decimos,

bueno, tendría unas condiciones naturales, pero no es que yo te pueda decir a priori a ver, mostráme tu naturaleza y te digo si están las condiciones, y después tampoco podría decir yo si tenías las condiciones naturales y no las aprovechaste o es que no las tenías, qué sé yo. El punto es que hay algo que, en definitiva, todo lo que vos podés enseñar no transmite... es como si vos me dijeras enseñáme a hacer una poesía que sea recordada por toda la historia de la humanidad, ¡no sé cómo enseñarte eso!, decime una metáfora que nadie haya dicho y que sea realmente conmovedora, no sé, pero, ¿si a vos se te ocurren? Sí, pero cuando se me ocurren las escribo y cuando no se me ocurren no las escribo, pero eso no es algo que yo te pueda enseñar. Y yo te puedo enseñar, por ejemplo, si vos me decís, ¿cómo hicieron la investigación de la gripe?, yo te puedo contar un montón de cosas, pero hay algo que ni yo mismo lo sé, que surgió, surgió cuando se dieron las condiciones y asociamos una cosa con la otra y de repente me visitaron cosas de mi propia vida, de cuando nació mi hijo, de cosas que pensé acerca de la insuficiencia muscular del recién nacido, de cuando hacía buceo y veía la diferencia del cuerpo en el agua... pero... no sé si la próxima investigación, qué cosas voy a necesitar, qué cosas van a surgir, y ni siquiera sé si lo voy a lograr, se entiende? Entonces esto es lo único que quiero decir, pero no quiero decir en absoluto que no vale la pena enseñar la técnica y obviamente que hace ciento cincuenta años que Freud creó este método, pero después, los psicoanalistas que estudiamos, los contamos con los dedos de una mano. Hay algunos que no estudiamos, pero también lo consideramos valioso, agreguémosle otra mano, pero en ciento cincuenta años no es que está lleeenooo... Entonces, cuál es la diferencia entre Racker, Garma, Abadi, Rascovsky, y empezamos a bajar hacia gente que ya las mencionás y nadie sabe de quién estás hablando. Entonces, ¿cuántas obras completas hay en la literatura mundial? Freud, Chiozza, Klein, Winnicott, Lacan, que son desgrabaciones de sus seminarios, pero evidentemente fue una persona que suscitó tanto interés y tanta pasión que se desgravaron sus seminarios, se los compilaron, se los estudiaron, nos guste o no nos guste para bien o para mal, estemos de acuerdo o no estemos de acuerdo, es un hombre que ha suscitado mucho interés. Pero estaba diciendo esto en relación a decir que el método patobiográfico debería ser enseñable, es enseñable, de hecho, yo he escrito lo más que he podido sobre cómo hacer una resignificación, qué elementos de la anamnesis y qué elementos de las sinopsis deberían más o menos ir en qué lugar, pero después evidentemente eso no es una cuestión como un programa de computación que vos agarrás las frases significativas, las ponés acá, pin, tan, tun, y te sale el producto terminado. En fin, mucho más para decir al respecto, pero... y además esto que estoy diciendo está escrito en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, el arte, la artesanía... la parte que...

Dr. Luis Chiozza: Pero para enseñar el Estudio Patobiográfico, necesitaríamos durante la ejecución del Estudio Patobiográfico, hacer que los anamnesistas escriban la resignificación y tomarse el trabajo de enseñarles corrigiéndosela. Lo mismo que hacemos cuando supervisamos. Cuando nosotros supervisamos es cierto que el paciente lo pone el candidato que viene a supervisar, pero nosotros lo que le estamos enseñando es cómo se trabaja, tratando de corregir los errores... porque si uno no se equivoca, no aprende. Pero si uno ni siquiera se equivoca porque no tiene la ocasión de hacerlo, no se le puede enseñar. Entonces para que el Estudio Patobiográfico se difunda como se difunde el psicoanálisis, es necesario que haya gente que escriba resignificaciones y que haya una escuela que se las corrija. Si no, no lo podemos transmitir.

Dr. Gustavo Chiozza: Y se ve que no lo pudieron transmitir entonces

Dr. Luis Chiozza: Y bueno, está bien y no se trata de...yo no lo digo con el espíritu de identificar culpables, lo digo con el espíritu de decir cómo podemos mejorar el rendimiento. Tendríamos que decir bueno, estamos en el Centro Weizsäcker, tendríamos que hacer además una escuela de patobiografía. Porque es un método que despierta muchísimo interés. Así como enseñamos, lo que pasa en la sesión psicoanalítica...En realidad ¿qué pasa en el Centro Weizsäcker y qué pasa en nuestra Fundación? les enseñamos continuamente cómo se psicoanalizan los pacientes, pero no hacemos lo mismo con el Estudio Patobiográfico, y vuelvo a repetir, es un tema... obviamente que es una tarea más, pero bueno, por lo menos identifiquemos, aunque no lo hagamos, identifiquemos que tal vez no podemos hacer todo, pero de alguna manera vale la pena darse cuenta qué lindo sería si lo pudiéramos hacer.

Segundo bloque (de 14:00 hs a 17:00 hs)

Lic. María Eugenia Delfino: Yo quería preguntar, o hablar, porque usted en un grupo nos dijo que nosotros nos dedicábamos a decir aquello que hace falta decir. Y me preguntaba si esto o esta forma de decirlo era lo mismo que a veces usted dice sobre la interpretación justa de hacer consciente lo reprimido que está a punto de ser consciente, o que está cerca de hacerse consciente, si tenía que ver con lo mismo esto que nos había dicho en esa oportunidad.

Dr. Luis Chiozza: Sí, es exactamente lo mismo. El punto de urgencia siempre está dado por algo que está a punto de salir. Esto no significa que le resulte fácil al paciente dejarlo salir. A veces le cuesta muchísimo dejarlo salir. Pero es como si dijéramos, el punto donde el grano está maduro, para reventar, lo cual no quiere decir que sea cierto que el paciente lo logra. Pero ese es el punto de urgencia, no es otro. Si uno en lugar de interpretar eso, interpreta algo que está más atrás de eso, eso va ser siempre usado como resistencia. Entonces, ¿cuál es el punto, diríamos, que el analista tiene que tratar de hacer consciente? eso que está justamente a punto de salir. Ese es el punto de urgencia de cada sesión. Y bueno, entonces, de todo lo que el analista podría decir, dice Racker, el analista tiene que omitir decir lo que el paciente, no... no lo va a escuchar, lo va a usar como resistencia, lo va a intelectualizar. Lo que el analista tiene que decir no es todo lo que el analista sabe, sino solamente aquello que en ese momento particular hace falta decir, y lo que hace falta decir es siempre eso que está a flor de la consciencia pero que no siempre le resulta fácil al paciente admitirlo. Eso yo creo que es un concepto bastante central de dónde uno tiene que apuntar la interpretación.

Dra. Marina Grus: Quería volver sobre un tema. Silvana había mencionado... si yo lo anoté bien, porque fue al comienzo de la primer participación, ella habló sobre la expectativa de que el paciente cambie, cómo a veces esto dificulta, si yo la entendí bien, el aceptarlo al paciente como es, o sea, no obviamente con ser solidario con la resistencia, sino en el sentido lo pensaba por ejemplo de un chico, la expectativa de que se haga amigos, o mejore en el colegio, su rendimiento en el colegio, o, por ejemplo, un paciente que consulta porque no puede hacer pareja, la expectativa de que pueda hacer pareja, lo vinculaba con el tema del progreso en el análisis y cómo pensamos el progreso del paciente en un análisis, porque a veces el paciente viene por ejemplo por un motivo de consulta, bueno, suponemos que el motivo de consulta es este, que no puede formar pareja, y tal vez eso, en sí, a lo mejor no lo logra resolver, pero hay otras cuestiones en su vida que sí, las cuales sí puede avanzar, ¿no es cierto? por ejemplo, paciente que consulta... no siempre igual es un motivo que trae en forma tan manifiesta y puntual, ¿no? pero, ¿cómo evaluamos?, o, ¿cómo pensamos acerca del

progreso del paciente en análisis? además de que están, hay vaivenes, ¿no? pensando este tema junto con esto otro que planteaba Silvana, que me resultaba interesante, de poder aceptarlo al paciente también en sus dificultades, bueno, quería traer este tema.

Dr. Luis Chiozza: ¿Alguien puede contestar esto? ¿Querés contestar esto? Pablo.

Dr. Pablo Obstfeld: Sí, yo siempre pensé el tema ese, eh, si el análisis es un vínculo que se establece con el paciente para ayudar a que el paciente mejore la forma en que se vincula, o se relaciona, el progreso siempre lo entendí como que uno lo puede ver como que mejora la relación que el paciente hace con nosotros, o el vínculo ese. No porque le vaya bien objetivamente, que como, con estos parámetros si hace más amigos o no hace más amigos, o sea que, que mejore la relación que tiene con uno, o que mejore ese vínculo. Que sea un vínculo menos neurótico, más adulto, yo siempre lo entendí así eso.

Dr. Luis Chiozza: ¿Alguien puede decir algo más?

Lic. Hilda Schupack: Bueno, no, me quedé pensando en lo que decía, eh, que mejore el vínculo conmigo no implica más que eso, es decir a veces el vínculo con el analista es bárbaro y el vínculo con el mundo es malo, digamos, me parece que no es un par, por lo menos para mí, no es un parámetro que indique que mejore. Y a mí me parece que esto debe tener que ver con esto de que siempre hablamos, de que, un poquito, es decir, depende de lo que uno espera, qué es mucho o poco, a veces uno espera que el paciente consiga pareja, que se case, que tenga buen trabajo, y a veces el cambio está dado por una mejoría en algún aspecto simplemente, por ejemplo, mejore el vínculo con su hijo, es decir, me parece que este tema de poquito o mucho, también es una muestra de progreso. A veces esperamos mucho, tanto de nosotros, de cómo trabajamos, y a veces del paciente. Me parece que el vínculo con el analista es un símbolo, pero a mí no me alcanza para decir que esto es mejor, a no ser que esto venga acompañado por su vínculo con el mundo, porque a veces el analista es tan bueno que mejora el vínculo conmigo, pero, después resulta que después en el mundo no, no funciona, bueno, un poco siguiendo...

Dra. María Adamo: Sí, en realidad, no quiero hacer un ping pong del tema, pero, yo entendí que lo que Pablo decía, yo con eso estoy de acuerdo, es que uno, lo único que puede ver es el vínculo transferencial que uno tiene con el paciente. Uno no puede ver objetivamente al paciente en su vida, entonces yo entendí que él se refería a una evolución en la relación transferencial, en la manera en que el paciente se vincula con uno, que no significa que se lleve bárbaro y que no haya ninguna dificultad, sino que uno no esté mostrando, como decía Pablo, menos neurótico, y uno se imagina que esto después también se replica en el resto de vida del paciente, pero, lo único que podemos ver nosotros es el vínculo del paciente con nosotros. En ese sentido lo entendí yo.

Dr. Luis Chiozza: En vez de contestar esto en diástole, ¿alguno lo puede intentar contestar en sístole?(Silencio) Voy a intentarlo yo. El paciente, lo que se busca que cambie concretamente, al principio, fue el síntoma, y después fue el carácter, punto. Es decir, el análisis cuando se cambiaba el síntoma duraba dos, tres, meses. Después Freud se dio cuenta de que el objetivo del análisis debía ser cambiar el carácter entonces el análisis se hizo interminable. ¿Y qué es el carácter? Es la modalidad con la cual uno, es una manera de ser y proceder. Y el paciente viene, porque tiene dificultades y nosotros psicoanalistas interpretamos que estas dificultades

tienen que ver con la manera en que él es, y la manera en que él procede. Entonces lo que nosotros queremos es cambiar el carácter. ¿Y qué es cambiar el carácter? Cambiar lo que dentro de él permanece. Es decir, no es aliviarle un síntoma solamente. Es decir, el paciente anoche tuvo una indigestión y hoy en día viene a la sesión con acidez. Y cambiarle el síntoma no es el objetivo del psicoanálisis, cambiarle, lo que hay que cambiarle es, la modalidad disposicional que tiene a que se le repitan estos episodios de indigestión. Es decir, lo que cambiamos son las cosas que permanecen adentro de él. Este es el famoso tema, de que los afectos inconscientes no son inconscientes de la misma manera que son las ideas inconscientes, porque las ideas inconscientes son disposiciones. Y los afectos inconscientes se descargan de manera directa o a través de sustitutos, pero se descargan siempre. Entonces, ¿qué es lo que un analista trata de cambiar? La modalidad reaccional del paciente. Es decir, nosotros no le curamos al paciente la envidia, le curamos ser envidioso. Porque eso forma parte de su carácter ¿me explico? ser envidioso, ser desconfiado, ser crédulo, ser maníaco, ser melancólico. Son todas disposiciones permanentes. Lo que queremos cambiar es algo que en él permanece. Y es por ejemplo lo que en él permanece, es que a él le resulta muy fácil sufrir envidia. Y esto es la disposición, esto es lo que el análisis cambia. Cambia lo que Freud llamaría las ideas inconscientes que se repiten de la misma manera. Es como si dijéramos, imaginémoslo con un modelo mecánico, ¿no? Si yo tengo una jarra, que tiene un pico debajo, yo sé que el agua que le eche va a salir por ese pico. Entonces yo no me la tengo que agarrar con el agua, me la tengo que agarrar con el pico, porque el pico es lo que permanece, el pico es lo que hace que el agua salga por ahí. Ese pico, es la disposición inconsciente, es la idea inconsciente. El análisis lo que intenta cambiar, es lo que permanece, no lo que pasa. Lo que pasa, pasa según la vía, preformada, lo que yo tengo que cambiar es la vía preformada, esa vía preformada son las ideas inconscientes. Por eso Freud dice, hay que perseguir por separado los destinos que la represión le impone a la parte ideológica de la representación y la que le impone al afecto.

Lic. Silvana Aizenberg: Sí, Luis, todo esto que vos describís, claro, es un proceder adecuado digamos en el tratamiento. Creo que cuando Marina retomó lo que yo había planteado, creo que se refería más a la cuestión neurótica del analista, en el sentido de no tolerar justamente la repetición del paciente y pretender a modo de un *furor curandis*, que el paciente sí o sí, y en ese sentido, sí, si nos preguntamos, bueno, porqueé esto habrán muchos motivos, pero uno de ellos porque refleja el propio autoestima. Si el paciente cambia, de alguna manera uno está, se siente más logrado, o siente que el paciente lo va a valorar más. Entonces me parece que Marina se refería más a ese punto.

Dr. Luis Chiozza: Sí, Marina se refería a ese punto porque se fue para otro lado. Porque en realidad lo que usted estaba cuestionando, no era eso. Lo que se estaba cuestionando era aquello que uno busca cambiar del paciente, ¿me explico?

Lic. Mirta Dayen: Bueno después de plantearme una síntesis que hiciste, ahora yo voy a plantear abrir de nuevo porque pensé que una cosa que hablamos a la mañana es cuando nosotros, o qué manera evaluamos y crecemos, o si estamos paralizados como analistas. Ahora se plantea el asunto de cómo evaluamos si el paciente mejora o no mejora. Y se me ocurre que también solemos evaluar, por ejemplo, los jueves vos lo hacés siempre, si hay proceso analítico o no hay proceso analítico, que me parece que es otra cuestión que también nos importa mucho evaluar con todos y cada uno de los pacientes, con quienes estamos trabajando mejor, peor, qué logramos, qué no logramos. Esto es una cuestión, y la otra sobre la

que quiero volver, es sobre el asunto, si yo te entendí a la mañana, cuando surgió el tema del encuadre tanto para trabajar con vía remota como con los niños, creo que vos dijiste, bueno, tiempo, o sea, hay que meterse con esto, evaluar y nada de apuro. Y lo vínculo con el Instagram en donde justamente vos hablás de presumir y no asumir antes de tiempo, y largarse a hacer algo que uno todavía no sabe, entonces esto no es bueno digamos, al revés, podría traer consecuencias muy negativas si no nos metemos y exploramos bien. Bueno, nada más, gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, evaluar, uno puede evaluar de la siguiente manera, por ejemplo. Yo tengo un paciente, que, muy cascarrabias, entonces me está continuamente contando que ante la menor contrariedad, explota. Bueno, una evaluación, es, ver cómo esto cambia, y el paciente ya no explota con tanta facilidad. Esto significa evaluar un cambio. En cuanto a evaluar lo que uno está logrando como psicoanalista, y, pasa por el hecho de que uno puede darse cuenta que las cosas que antes le eran difíciles, ahora le son un poco menos difíciles. Esto no quita que las dificultades desaparecen, las dificultades se sustituyen siempre. En la medida, es decir, qué dice Sócrates, sólo sé que no sé nada. ¿Qué quiere decir eso? cuánto más sé, más me doy cuenta lo que me falta. cuánto más sé, más me doy cuenta lo que ignoro. Lo mismo le pasa al psicoanalista, en la medida en que progresa, no es que su horizonte se cierra en el progreso, al contrario, se amplía. Pero se siente caminando, siente que lo que ayer no podía, hoy puedo, pero todavía hay muchas cosas que no puedo. Esta sería la evaluación de la situación.

Lic. Hilda Schupack: Bueno, un poco, una pregunta que quiero hacerle... el carácter, en un sentido, ¿no es la consolidación de las creencias, de las cosas con las cuales algunas les funcionan y otras que no? ¿No sería la consolidación de las creencias, que uno vive con determinadas creencias y funciona acorde a eso? algunas funcionan adecuadamente, y otras son malentendidos secundarios que nos hacen funcionar mal. Entonces, ¿parte del tratamiento, no sería tratar de mostrar el malentendido secundario y hacer cambiar la temática, por ejemplo, es decir, bueno todo es una injusticia, no, todo no es una injusticia. Hay cosas que son injusticias y otras que son desgracias. Eso, ¿no sería parte del carácter y parte de la tarea también que podemos hacer? Bueno esa era una pregunta.

Dr. Luis Chiozza: Sin dudas, ¿no? pero no solamente el malentendido secundario. Cuando nosotros investigamos en la psicopatología, nos enfrentamos con cuestiones que tienen que ver con el malentendido primario, no secundario. Con cuestiones que nunca fueron conscientes, con el inconsciente no reprimido, que decía Freud. Nosotros cuando investigamos en psicopatología, estamos metiéndonos con lo que se llamaba "la roca viva". Les recuerdo que no hace muchos años, depende de lo que se considere mucho, pero bueno, hace cincuenta años, se hablaba de "la roca viva" en pacientes que tenían conflictos que no se manifestaban en la transferencia. Cosa que hoy en día nadie sostendría, bah, nadie no sé, pero es más difícil sostener semejante cosa. Y en la investigación, en, diríamos, en procesos somáticos, ha llevado a hacer conscientes cosas que nunca fueron conscientes y por lo tanto nunca fueron reprimidas. No tengo más anotados. Eduardo.

Dr. Eduardo Dayen: Tuve la impresión de que en algunas de las participaciones se introducía el tema de no sólo de cómo cambiar al paciente sino del análisis de la transferencia contratransferencia, al mismo tiempo, es decir de analizar el vínculo, más que analizar el paciente. Porque la idea de lo que el paciente tiene que cambiar, deja afuera la transferencia, es decir, en el sentido de ahora por qué a mí se me ocurrió que tiene que

cambiar esto, de manera de poder analizar. Yo creo que una de las cuestiones que, estoy seguro que alguna vez vos lo dijiste también, que nosotros disponemos de una profesión que tiene el beneficio de que mientras trabajamos nos estamos mejorando también nosotros. Creo que este es un tema por demás interesante, que entonces la idea de cambiar el vínculo implica, creo yo, la idea de “cambiemos”.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, ya que te referís a cambiemos, yo diría que en lugar de decir se puede, habría que decir, el no ya lo tenemos, porque se puede nunca lo sabremos, hasta que después que suceda. Yo no sé lo que va a suceder con un paciente, de hecho, como siempre digo, por mi consultorio pasaron no menos de ochocientos, y tendré una docena hoy. ¿Dónde están los demás? Es decir, esto es un proceso continuo, ¿verdad? Pero acá hay un punto muy interesante que quiero mencionarlo porque creo que vale la pena hacerlo consciente, que es el siguiente. Hubo dos fases en el análisis de la contratransferencia, una que fue la que planteó Racker, en donde uno analiza la contratransferencia para ver de qué mejor manera reacciona frente a la transferencia del paciente y en qué medida la contratransferencia pone un límite a la comprensión del paciente. Pero yo creo que en los años transcurridos hemos dado un paso más, en realidad hemos descubierto, yo diría, que en realidad el análisis es siempre el análisis de la contratransferencia, que en realidad la transferencia es un pretexto, es un pretexto para decir lo que yo siento tiene que ver con lo que el paciente dice. Pero en el momento que yo voy a analizar mi contratransferencia, lo que estoy abriendo es la posibilidad de que mi contratransferencia mute. Y si yo me dedico a investigar las mutaciones de mi contratransferencia voy a saber mucho mejor lo que está pasando en mi consultorio, que si yo solamente lo limito a que mi contratransferencia es una respuesta a la transferencia del paciente más, o menos, neurótica. Es decir, no me parece mal este planteo, me parece que sencillamente estamos en condiciones de ampliarlo. ¿Qué quiere decir esto? Que, en realidad, si yo en el lugar... tomemos una supervisión, viene una persona a supervisar conmigo. La palabra supervisión, la usamos por costumbre, pero en realidad es un ejercicio teórico-clínico, en donde se juntan dos analistas, generalmente uno con más experiencia que el otro y juntos trabajan. Por eso me gusta más decir ejercicios teóricos-clínicos, de hecho, en la escuela hablábamos así. Pero la primera cuestión es, vamos a ver cómo este analista reacciona frente a esta transferencia al paciente y con qué contratransferencia. Pero a poco que progreseemos, nos damos cuenta que esto es perder el tiempo. En realidad, lo que nosotros tenemos que ver es cómo está evolucionando la contratransferencia continua de este psicoterapeuta, que de alguna manera se ejercita en ese campo, y se ejercita también en sus relaciones con sus objetos significativos, la misma situación que tiene con sus pacientes la tiene con sus familiares, es decir, en realidad lo que nosotros necesitamos ver es cómo evoluciona, y cómo se profundiza la mutación, diríamos, en este consentir, cuando trabajo. De qué manera consiente o disiente, y cómo esto es un proceso evolutivo, que tiene que ver concretamente con este psicoterapeuta. Y yo lo voy a poder ayudar mucho mejor si en lugar de centrarme en sus distintos pacientes me centro en sus habituales modalidades de contratransferir. Me parece que esta es una ampliación del campo.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, hay una cuestión donde... de alguna manera, nosotros hacemos lo que hacemos a partir de una concepción, y lo que hacemos modifica esa concepción, y la concepción modifica lo que hacemos, y entre teoría y técnica, o entre teoría y práctica, o entre teoría y clínica, hay como una retroalimentación constante. Entonces, una cosa es lo que hacemos y la otra es cómo concebimos lo que hacemos. Y cómo concebimos lo que hacemos no es exactamente lo que hacemos. Un ejemplo muy bueno de esto es cuando vos decís,

cuando yo escribí el historial de Mary, seleccioné las interpretaciones que desde un determinado punto de vista teórico me parecían las mejores, pero si yo tuviera otro punto de vista teórico, o mejor dicho, ahora que tengo otro punto de vista teórico, hubiera seleccionado otras. Quiere decir que de todo lo que vos hiciste, había cosas que vos considerabas aquí como: estas son las buenas y estas son las malas, o estas son las mejores y estas son las peores, o estas son las que me salieron mejor y estas son las que no tanto, pero entre lo que hacés y cómo concebís lo que hacés siempre hay una diferencia y además estas diferencias se van modificando y se van enriqueciendo. A lo mejor años después de escribir el historial decís, “en realidad, me parece que funcionaron mucho mejor estas otras interpretaciones que estas primeras”. Y entonces ahora cambio la teoría y ahora llamo buenas a las otras y esto *ad infinitum*. Y... yo creo que estamos también un poco, el psicoanálisis surge como a caballo de dos modelos. La historia del psicoanálisis parte de la medicina, de una forma particular también de ver la medicina, dónde hay criterios como salud, enfermedad, tratamiento, curación, progreso, mejora, evolución, recaída... y que de alguna manera estamos muy impregnados de todo eso por más tiempo que haya pasado. Pero después en el ejercicio de nuestra particular tarea, hay muchas más cosas que no entran en ese modelo. Por ejemplo, si ya uno dice, la salud no existe, todos son enfermos, todos son igualmente enfermos, todos igualmente se pueden beneficiar del análisis, ya el concepto de salud, enfermedad, tratamiento, cura, empiezan a relativizarse bastante. Esto es como ocurre, por ejemplo, al aparecer la fotografía parecía que la fotografía era una forma más realista de llevar a cabo la pintura, y cuando aparece el cine, era una manera de poder llevar el teatro por distintos lados del mundo. Pero después, cada una de estas disciplinas empieza a encontrar su propio campo y su propio ámbito. Y entonces yo creo que a veces, cuando nosotros nos planteamos, ¿cura el psicoanálisis? ¿progresa el paciente? ¿cómo medir esta cuestión?, estamos también un poco aplicando un criterio que no es aquél...el que el que mejor define la sustancia con la que nos manejamos. De hecho, por ejemplo, cuando pensamos en lo que le pasa al paciente, pensamos en lo que le pasa al paciente de una manera bastante artificial, como una especie de abstracción donde nosotros nos separamos y lo individualizamos como a un sujeto. Este pensamiento tiene su utilidad, pero también tiene sus limitaciones, y este pensamiento con su utilidad y con sus limitaciones se adapta más o menos a lo que hacemos, no completamente. Entonces, desde un punto de vista, cuando nosotros por ejemplo establecemos un vínculo, por ejemplo, un vínculo matrimonial, bueno hay muchas cosas que nos gustan, hay muchas cosas que no nos gustan, muchas cosas que son como nosotros queremos otras que no son como nosotros queremos, nosotros tenemos una perspectiva de cómo nos gustaría que fuera e intentamos modificar ese vínculo en una determinada dirección. La otra persona tiene también sus mismos puntos de vista, o sus puntos de vista igualmente válidos y también lucha en su dirección, pero a esto no lo llamamos “tratamiento y cura”. Y sin embargo, mucho de lo que hacemos en nuestros consultorios es más parecido a eso, que a lo que hace un médico con la idea de tratamiento y cura, ¿se entiende? entonces, si nosotros pudiéramos enfocar nuestro vínculo con el paciente como un vínculo con un amigo, un vínculo con un cónyuge, obviamente con sus diferencias, ya no estaríamos tan preocupados por si cura o no cura, si lo que hacemos sirve, si lo que hacemos no sirve, sino que, es decir, no en cuanto a si lo que hacemos sirve en cuanto a método psicoanalítico, sino decir lo que estoy haciendo no sirve tengo que cambiarlo y hacer otra cosa. Pero no es tan, no estoy pensando el *método matrimonial* no sirve, ¿se entiende? ahí no es que estoy conceptualizando un método. Y la verdad que cuando uno empieza a profundizar en conceptos que los valoramos, los entendemos, y los atesoramos, pero después nos integramos poco como el tema de los puntos de urgencia compartidos. Es un poco lo que yo planteaba en un trabajo que hice sobre la contratransferencia, tratando de

mostrar las diferencias entre el concepto de contratransferencia en Racker y el tuyo. Me parece que lo que Racker escribe es que la verdadera objetividad consiste en ser consciente de la subjetividad. Pero esto no es lo mismo que decir no hay objetividad. Entonces, si yo individualizo los puntos de urgencia compartidos, esto me permite a mí aislar lo que le pasa al paciente y ayudarlo a él. Pero esta no es exactamente la idea de puntos de urgencia compartidos en toda su dimensión. Entonces, en toda su dimensión el vínculo con el paciente es un vínculo como si fuera una amistad, como si fuera, donde uno dice a ver cuáles son las cosas que a mí me resultan ásperas, cuáles son las cosas que no funcionan, en qué medida tengo que cambiar yo, en qué medida tiene que cambiar el otro, cuál es la mejor manera de lograrlo. ¿Esto me molesta a mí particularmente o esto es molesto en general de esta persona?. Esto ya no es exactamente el modelo del cual partimos, y yo creo que este modelo del cual partimos, todavía sigue siendo *demasiado* vigente, y entonces nosotros hacemos un seminario de los jueves y hablamos de lo que le pasa al paciente y cada uno opina lo que le pasa al paciente. Meternos con lo que le pasa al analista sería casi de mal gusto, sobre todo públicamente. En una supervisión individual a lo mejor un poco más. Pero, todavía seguimos un poco presos de ese modelo. No digo que podemos deshacernos de ese modelo y descartarlo, pero por lo menos, como decía un poco Racker, tengamos en cuenta que muchas de las inquietudes que nos surgen, nos surgen en función de que estamos pensando con un modelo que no se adapta del todo a la sustancia con la que estamos trabajando. No es lo mismo tallar el mármol que tallar el yeso. Y si queremos tallar el mármol como tallamos el yeso, vamos a estropear la pieza. Y entonces hay que ver cuáles son las cosas propias de esta sustancia y de nuestra tarea. Entonces en ese sentido, es como, que, cuando uno consigue verlo de esta manera se da cuenta el gran sacrificio que significa encorsetar esto dentro del modelo de la relación médico-paciente.

Dr. Luis Chiozza: Bien, estoy muy de acuerdo con todo lo que decís pero quiero agregar algunas cosas que me suscita lo que vos decís también. En primer lugar, quiero decir que es muy difícil estar..., uno piensa para saber cómo proceder, y después uno tiene que tender a proceder según lo que piensa, pero después resulta que es muy difícil que uno logre coordinar lo que procede con lo que piensa, siempre hay una distancia. Otra cosa que quiero decir, dicho sea de paso, es que el teatro es más presencial que el cine. Me parece que es importante darse cuenta de esta diferencia. Y bueno, pero ahora yendo más al meollo del asunto, el paciente no es el mismo según con quién esté. Esto lo dice muy bien la teoría de los cuantos, donde dice que no existe una partícula que en sí misma tenga una característica. Las partículas existen cuando chocan con otras, cuando no chocan con ninguna, no tiene sentido decir que existen, tiene sentido decir que sólo existen cuando chocan. Parecería que estamos muy lejos del psicoanálisis, pero esto, y no otra cosa, es el punto de urgencia compartido. ¿Por qué? porque el paciente no es el mismo según con qué analista esté. Y el analista tampoco es el mismo según con qué paciente esté. Es decir que lo que nosotros analizamos, o deberíamos analizar, no es a un paciente, sino al vínculo que se da entre ese paciente y yo. Esto es más interesante todavía cuando tenemos en cuenta que Freud se ocupó muy bien de subrayar que toda transferencia no es una repetición del pasado en el presente, es una reedición modificada. Quiere decir que no existe una repetición transferencial. Cada transferencia inaugura un estado nuevo. Esto me parece que es muy importante porque Freud lo subrayó muy fuertemente. Es más, en una supervisión con Racker, no voy a repetir ahora el episodio, pero él se ocupó muy bien de mostrarme que Freud decía esto. En realidad, cuando nosotros decimos “punto de urgencia compartido”, es difícil darse cuenta que lo que queremos significar es que el análisis no puede ser de otro modo que en el punto de urgencia compartido. No hay psicoanalista que

pueda analizar fuera del punto de urgencia compartido, porque es lo único que de alguna manera se transforma en el objeto del análisis. Entonces a mí me parece que cuando lo repetimos una y mil veces, de que el análisis transcurre en el punto de urgencia compartido, lo repetimos muchas veces justamente porque nos resulta difícil asumir en todas sus consecuencias este hecho, de que este paciente, con otro analista, se presentaría de otra manera. No tal vez totalmente diferente, pero sí de otra manera. Y a mí me parece que esto vale la pena subrayarlo, sobre todo porque integra conocimientos que surgen de campos muy distintos, como por ejemplo este que surge de la física cuántica. Uno que diría, diría la física, cosa más concreta que la física, que trata con los cuerpos materiales, y sin embargo la física nos está dando en ese sentido, por así decir, un punto de apoyo importantísimo. Es decir, el paciente, por así decir, es cómo es, con nosotros, y nosotros somos cómo somos con él. Y si bien uno puede decir, bueno, pero busquemos las invariantes, y bueno pero ahí ya nos movemos en un territorio muchísimo más resbaloso.

Lic. Sofía García Belmonte: Bueno, justamente te iba a preguntar por la invariancia, porque pensaba en esto que tantas jornadas habíamos hablado y que hoy creo que algo hablamos de evaluar, de esto que se erige, de esta defensa que se erige frente a un punto que el analista va a trabajando a partir de estos puntos compartidos con el paciente. Y llega un punto, me acuerdo que había una metáfora que era como que era lo último que quedaba en el tacho, en el tarro, era esa parte muy difícil de analizar. Como uno es distinto con quién está, yo me pregunto, esa invariancia, digamos, eso invariante se vería también con otro analista que quizás empieza por otro lado o toca otras cuestiones del paciente, pero en última instancia, eso, ese núcleo, ¿volvería a aparecer con otro analista? porque a veces uno dice bueno, por ahí con otro analista podría avanzar más, pero lo último que queda, ¿es invariante? digamos, eso es lo que quería preguntar.

Dr. Luis Chiozza: Es totalmente al revés de cómo lo decís. La invariancia es un promedio, pertenece a esa sustancia inexistente que son los promedios. Si yo digo que, en el departamento de compras de una empresa comercial, los cuatro individuos tienen una talla promedio de un metro setenta y cinco, resulta que después no encuentro ninguno de un metro setenta y cinco concretamente hablando. Porque el promedio pertenece a un territorio inexistente. Esto es más importante todavía, porque nos lleva a darnos cuenta de que el carácter, el carácter de Sofi, el carácter de Silvana, el carácter de Luis, es un promedio, es un promedio que lo han hecho ustedes, o las personas a quienes consultamos, pero no existe. Existe el promedio, pero el promedio no tiene la misma existencia que tienen las cosas concretas. El promedio no tiene huesos, el promedio no tiene carne, el promedio pertenece a un *abstractus* que en tanto *abstractus* no existe, y por lo tanto el carácter cardíaco también es un promedio, el carácter hepático también es un promedio. Es algo que nosotros decimos vos y yo nos ponemos de acuerdo en el carácter que tiene Sarina, pero eso lo decimos nosotros. Y cuando vamos a ver realmente y concretamente cómo coincide Sarina con lo que decimos vos y yo de Sarina, nos vamos a dar cuenta de que hemos hecho un promedio, y el promedio es un *abstractus* inexistente. Esto creo que es importantísimo porque ir a analizar la invariancia es equivocarse, justamente lo único que podemos analizar y lo acabamos de decir, es lo que sucede cuando Sarina entra en contacto con Sofi y sucede algo, que solamente se da entre Sarina y Sofi, y esto es justamente analizar el vínculo, y fuera del vínculo, opinar sobre quién es el otro, sea Sarina, Sofi, Luis, o Eduardo, no tiene sentido. Porque es como decir que el promedio de la talla del departamento de compras es un metro setenta y cinco, cuando no hay ningún sujeto en el departamento de compras que tenga un metro setenta y cinco. ¿Me

explico? entonces, este modo de existir de los promedios, es un modo de existir que de alguna manera se da de patadas con lo que es justamente analizar el vínculo, que es el momento en donde Sofi y Sarina existen en el momento que se juntaron para hacer una sesión psicoanalítica. Después de ahí a decir cuál es el carácter de Sarina... yo sé que vos me podés decir, bueno, ok, Sarina conmigo es un poco diferente que, si analizara con Pablo, y es un poco diferente que si se analiza con Carmen. Sí, será un poco diferente, pero ese poco diferente es lo único que tenemos para trabajar. Lo otro, es un invento. Pretender que hay un abstractus que es el carácter de alguien, es no darse cuenta que es una limitación transitoria que sirve hasta por ahí nomás. Me parece que este es el punto interesante de, ¿en qué tipo de realidad existen los promedios? Evidentemente, insisto, en el departamento de compras cuya talla promedio es un metro setenta y cinco, no encontramos entre los cuatro sujetos que lo constituyen, ni uno que tenga un metro setenta y cinco.

Dr. Gustavo Chiozza: A ver, yo comparto que, esta idea, es una idea que de alguna manera nos resulta sumamente enriquecedora, principalmente porque partimos de la idea contraria. Entonces, partimos de la idea de que la transferencia es repetición y nos enriquece la idea de que es reedición. Partimos la idea de que conocemos la realidad, y nos enriquece la idea de que la realidad es incognoscible. Pero al mismo tiempo, de alguna manera, tenemos que encontrar un balance, es decir, las cosas no son exactamente como yo las percibo y siempre van a ser más complejas, pero esto tampoco significa que lo que yo percibo es puramente un invento que depende solamente de mí, y que me lo imaginé. Si de alguna manera, lo único que se puede hacer en el análisis es analizar una dificultad que pura y exclusivamente aparece en ese vínculo y sólo en ese vínculo, entonces carecería de utilidad lo que hacemos, porque para resolver los problemas del vínculo, disolveríamos el vínculo, se acaban los problemas. Entonces justamente, también el carácter de la repetición, tiene un sentido importante porque es como si uno dijera, cuando dos personas se encuentran en lugar de estar completamente abiertas a ese encuentro, cada una viene con un conjunto de prejuicios, y cada una espera encontrar en ese vínculo únicamente lo que pudo encontrar en los vínculos anteriores, y esta es la razón por la cual muchas veces el vínculo funciona mal, porque uno en lugar de vincularse con el otro está sobreimponiendo un recuerdo, está transfiriendo de otro vínculo como si este vínculo fuera exactamente el otro. Entonces, justamente me parece que también este carácter, si nada de lo que sucede, para seguir el ejemplo que vos pusiste, entre Sarina y Sofi, les ocurriera a Sarina o a Sofi independientemente de ese vínculo, entonces, el trabajo que se puede hacer sería solamente útil en ese vínculo. Pero como lo que sucede en ese vínculo se va a tratar de transferir sobre otros vínculos, entonces por más que la invariancia sea incognoscible, es importante pensar que existe la invariancia y que uno puede actuar sobre ella, aunque evidentemente no la puede precisar, ¿se entiende? entonces yo no sé cómo es el paciente cuando está sólo, cuando yo no lo veo, cuando nadie lo ve, pero yo supongo que estas cosas que son dificultades tan groseras en el trato conmigo, algo de estas dificultades se le deben presentar en otros vínculos también, sino, me parecería difícil que lo que yo haga acá pueda tener una autoridad allá. Es como decir, cuando yo tomo clases de tenis, me tiran la pelota y le pego, pero si yo dijera, pero nunca la pelota va a estar en el mismo lugar que en un partido de verdad ¿y entonces para qué tomo clases? Bueno, no va a estar en el mismo, mismo lugar, pero si más o menos le pego por la zona, cuando venga, también le podré pegar, entonces lo que hago en la clase representa una utilidad en el partido. Pero si la clase es la clase y el partido es el partido, entonces no sirve la clase, si la clase es para el partido. Es cierto, la clase es la clase, y nunca la clase va a ser como el partido, pero algo de la clase me tiene que servir para el partido. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, este no es un problema, diríamos, nuevo, por así decir. Es un problema ya planteado. El problema es que la verdad es cierta hasta que es mentira, y la mentira es mentira hasta que de nuevo es verdad. Y para que esto no suene a una cosa demasiado sofisticada, vayamos a un asunto concreto. Cuando Freud dice, se repite en lugar de recordar, ¿es cierto o no es cierto? claro que es cierto. Inmediatamente, el mismo Freud dice, pero no se repite, es una edición modificada. Y lo dice enfáticamente. Ahora bien, por el hecho que sea una reedición modificada, ¿quiere decir que no hay nada de parecido? y no. Entonces, ¿a qué llegamos? llegamos a la utilidad relativa, que no es lo mismo que la utilidad que uno configura como si se tratara de un proceso de exactitud matemática. Es decir, es cierto que lo que el paciente diga conmigo, algún tipo de utilidad va a tener en la relación con sus objetos, pero yo tengo que darme cuenta de que en parte no va a poder comportarse con sus objetos de acuerdo con los patrones en que se comporta conmigo porque yo soy diferente a su hijo, a su hermano, o a su cónyuge. Entonces, yo creo que, el haber introducido esto, y en ese sentido, me parece muy importante, no por casualidad los que construyeron la teoría cuántica son, ¿cómo podríamos decir? sujetos que lo han pensado, y re-pensado muchísimo, porque de alguna manera se comprometen mucho con lo que piensan y de hecho es interesante porque han llegado a cuestiones que son absolutamente insostenibles desde el punto de vista racional, y a pesar de eso, le han permitido rendimientos que de otro modo no se tienen, entonces uno se encuentra con la teoría de los cuantos, que dice cosas tan absurdas como que el mismo electrón puede pasar al mismo tiempo por dos agujeros separados en el mismo plano, lo cual es un absurdo, y sin embargo, con esa teoría se puede construir un GPS mucho más exacto que si no se usa la teoría. ¿qué quiero decir con esto? quiero decir que volvemos otra vez a la misma cuestión, la utilidad es relativa, una vez que uno se da cuenta de la relatividad de esta utilidad, ha dado un paso adelante. Es decir, no significa que lo que el sujeto vive en relación con el analista se va a reproducir de una manera parecida en la relación del paciente con el hermano. Porque existe el hermano y con el hermano la relación va a ser diferente sí o sí de cómo puede ser con el analista. Entonces a mí me parece que esto no le quita al análisis, al contrario, le añade. Le añade la comprensión de que, para decirlo de una manera rotunda, como lo dicen los físicos, no tiene mucho sentido decir que la partícula existe con características propias. Una partícula existe cuando choca, y ahí se manifiesta de una manera, y si no choca, no tiene cualidades. Va a tener cualidades la próxima vez que choque. Mientras no choque no tiene sentido decir que continúa existiendo. Y a mí me parece que atrapar este pensamiento y llevarlo a la relación personal, tiene muchísimo valor, porque muestra que, si bien es cierto que hay circunstancias que relativamente se repiten, volvemos a lo mismo, cuando decimos el pasado se repite en lugar de recordarlo, ¿es cierto o no es cierto? es cierto, pero relativamente, porque nunca se va a repetir igual. Entonces a mí me parece que esto es lo que está metido en esta cuestión que resulta un poco difícil de atrapar porque hay algo que nos impulsa a decir que esto existe, con características propias. Y lo que estamos diciendo acá es que no existen las características propias, que no tiene mucho sentido hablar de las características propias. Obviamente, podemos hacerlo, pero vamos a hacer lo que llamamos un promedio. ¿Cómo es el carácter de Juan Pérez? Y el carácter de Juan Pérez, ¿cómo lo vamos a saber? lo vamos a saber preguntándole a las personas que colisionaron con Juan Pérez. Ellas son las que nos van a decir lo que piensan de Juan Pérez, y lo que piensan va a ser una cuestión relativamente útil y relativamente incompleta, yo creo que este es el pensamiento que me parece un poco difícil de atrapar.

Lic. Noelia Lescano: Quería preguntar sobre esto que se está hablando ahora, me parece que en algún punto se me confunden las cosas porque, como usted decía hace un momento eso de que no se analizan los promedios, sino que se analiza siempre lo que pasa entre paciente y analista, aquí y ahora, con esto de la impregnancia que preguntaba Sofi. Pero después, se me confunde con esto que usted decía antes de que en realidad uno siempre apunta en el tratamiento a interpretar, o a modificarle la idea inconsciente que justamente es lo más perdurable. Me parece que estoy confundiendo las cosas porque digo, a ver, por un lado, uno no puede hacer otra cosa que interpretar lo que pasa entre el paciente y analista como usted decía recién, pero una cosa es el promedio, y otra cosa es esto que usted señalaba de la idea inconsciente. Esto me parece que no me queda del todo claro. Y después, otra cosa que capaz que está relacionada, esto también de los puntos de urgencia que usted decía, no se puede interpretar por fuera de lo que es el punto de urgencia, pero también es verdad que a veces uno no lo pesca bien. Y pensaba bueno, capaz que para esto hay que, justamente trabajar en esta cuestión de analizar bien la contratransferencia, y las resistencias del analista como para poder registrar bien donde está el punto en el que... como que el hecho de que sea inevitable no quiere decir que uno no lo puede hacer digamos, o lo puede hacer bien.

Dr. Luis Chiozza: Estamos dando vuelta en círculos. La idea inconsciente que usted analiza es una aproximación transitoria que usted inventa. De ahí que sea esa... voy a ir a un ejemplo grosero. Usted recibe, recomendada por su colega Alicia Makaroff, un paciente y Alicia Makaroff, ¿qué le dice? mirá, esta es amiga de mi cuñada, y es una persona insoportable. Y resulta que usted la recibe, y a los tres días dice, pero ¿por qué habrá dicho que es insoportable? es un encanto de mujer. ¿Acaso está mal lo que decía Alicia? ¿o está mal lo que usted dice? ¿no puede ser que estén enfrentándose con un fenómeno complejo que analizan desde puntas diferentes? Y que además eso tiene que ver también, con condiciones que tiene que ver la cuñada de Alicia, ¿no es lo mismo cuando la amiga de ella se relaciona con la cuñada de Alicia, que cuando se relaciona con usted? entonces todo esto, yo creo que tiene una importancia fundamental. Yo no estoy negando que nosotros no nos forjemos representaciones de las cosas, lo que estoy diciendo es que son representaciones provisorias, y que tienen el carácter que tienen las construcciones mentales. Que no tienen los huesos que tienen las personas que nacen, crecen, y se reproducen y mueren. No tienen la misma existencia material, los promedios que los sujetos que tienen la talla de un metro ochenta. Usted tiene en el departamento de compras cuatro sujetos que tienen huesos y carne y tienen su talla, pero la talla promedio no tiene huesos ni carne. Y cuando usted está hipotetizando el carácter, no digo que no lo haga, pero que usted debe saber que usted está hipotetizando un carácter a través de manifestaciones concretas, que inclusive van a variar en el tiempo. Por eso digo que estamos dando vuelta en círculos, me parece que este es un punto esencial.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, estoy de acuerdo en esta cuestión de la mentira y de la verdad y de que pensar es exagerar. Vos decís, el pasado se repite, pero esto no es cierto porque nunca se repite igual. Pero que nunca se repite igual, ¿eso sí es cierto? ¿o eso también es otra verdad a medias?

Dr. Luis Chiozza: También. Así es.

Dr. Gustavo Chiozza: Entonces, justamente este es el punto. Es como si uno dijera, es una especie de marco conceptual donde, ni tanto ni tan calvo, ni en un Escila ni un Caribdis cada relación es absolutamente única e irrepetible, pero, este paciente que me viene a consultar

porque siempre le pasa lo mismo, que se engancha con una mujer, al principio sumamente ilusionado y a los tres meses ya se quiere separar, y bueno, si él dice que esto se le repitió tres veces por más que sean tres mujeres distintas, más vale que yo me prepare para que dentro de tres meses quiera dejar el análisis, y de hecho-

Dr. Luis Chiozza: O no.

Dr. Gustavo Chiozza: O no, pero, de alguna manera, acá hay una pauta que se repite, nunca se repite exactamente igual, porque las primeras dos fueron hongos venosos y la tercera fractura de cráneo, pero, de alguna manera hay una parte que se repite.

Dr. Luis Chiozza: Claro, pero justamente Gusti, en ese proceso lo interesante es que se progresa, esto es lo importante-

Dr. Gustavo Chiozza: A veces se progresa y a veces, no.

Dr Luis Chiozza: Bueno, ese es otro tema que también es muy interesante, ¿cómo evaluar cuándo uno está creciendo o cuándo uno está retrocediendo? pero yo creo que no es tan difícil darse cuenta de esto, que uno está creciendo o no está creciendo. La imagen que ayuda para esto es la imagen de... una cosa es dar vuelta en círculos, donde uno recorre Sur, Oeste, Norte, Este, y otra cosa es donde uno recorre Sur, Oeste, Norte y Este, pero en una trayectoria helicoidal, es decir, va subiendo. Y a mí me parece que esto sucede, yo creo que de alguna manera... ¿qué dirían ustedes a lo largo de los años? tomando así en términos globales y groseros, ¿el psicoanálisis ha profundizado sus conocimientos? yo creo que sí, yo creo que el psicoanálisis ha profundizado sus conocimientos. Yo creo que de alguna manera para algún lado hemos crecido. Me parece que hay cosas que antes eran más difíciles y ahora hay otras difíciles pero estas que eran difíciles ahora son más fáciles. Y a mí me parece que esto es un punto muy interesante, ¿verdad?

Lic. Hilda Schupack: Yo quiero retomar el tema de, cuando usted habló de, cómo está supervisando usted en este momento que usted dijo, bueno estoy tratando de ver mejor cómo trabaja la contratransferencia que tiene el analista. Es decir, la contratransferencia que tiene el analista con cada uno de los pacientes, entonces yo me preguntaba, habría algunas cosas que seguramente se repetirán con... por ejemplo algún escotoma, se repetirá con algún paciente y con alguno no, entonces, también nosotros como analistas... es decir, usted puede ver un promedio de cómo trabajamos. Es decir, usted no puede decir bueno, fulanita trabaja bien, o fulanita trabaja mal, bueno, hay un promedio que tirará más para este lado, tirará más para el otro, pero ¿no podemos decir entonces fulano trabaja bien o trabaja mal?, ¿entiende la pregunta? Es decir, es como si... ¿qué es lo que usted observa en el proceso de las supervisiones? y también tiene que ver con lo que usted dice del progreso. Bueno, en las distintas supervisiones, ¿van sobre el mismo lugar, o de pronto un escotoma que estaba en algún paciente, en otro no aparece?. Bueno, esta era la idea, si nosotros también seremos un promedio.

Dr. Luis Chiozza: Le contesto muy fácil. Yo hablo con usted, tenemos que buscar un analista, qué se yo, a una chica de dieciocho años que le mandó Liliana, le dijo "mirá..." y usted no la puede tomar. Entonces usted dice, Chiozza ¿qué hacemos? tengo que mandar esta, ¿qué le parece a usted, se la mando a fulana o a mengana? ¿por qué para usted no es lo mismo?

Lic. Hilda Schupack: Pero usted hace un promedio entonces.

Dr. Luis Chiozza: Usted hace un promedio, sí, por supuesto. Pero ese promedio es transitorio, completamente transitorio. Y de alguna manera... admitamos que muchas veces, estamos muy contentos de la derivación que hicimos. Y de corazón le digo a todos ustedes que con esto tienen mucha experiencia, que muchas veces se arrepienten de haber mandado fulano a mengano, ¿o no? entonces, evidentemente estamos en eso. No tengamos miedo de abrir nuestro pensamiento a la incertidumbre. ¿Por qué? porque la incertidumbre nos ayuda. Nos ayuda a comprender que haremos lo mejor posible y hasta donde pudimos. No tenemos la bola de cristal. Entonces yo creo que tenemos que darnos cuenta, de que, en realidad, una cosa es, diríamos, las experiencias que vivimos. ¿Qué significa, "se puede"? "Se puede" pertenece siempre al pasado. Si una persona puede mejorar de su neurosis, es algo que sólo se verá en la medida en que uno empieza a pensar que está mejor y el paciente también está pensando que está mejor, y el entorno está pensando que está mejor, y bueno, digamos, parece que está mejor. Y de repente que estaba mejor, se cae en un pozo, ¿o no lo han visto ustedes esto? y entonces, ¿qué estamos diciendo? estamos hablando de hasta dónde podemos, y nunca sabremos. Cuando nosotros tomamos un paciente, no tomamos porque sabemos que lo vamos a conducir seguro a estar mejor. Sabemos que el no ya lo tenemos, y vamos a trabajar sobre la suposición de que tal vez podamos.

Lic. Hilda Schupack: Lo intentaremos.

Dr. Luis Chiozza: Lo intentaremos, y para eso estamos. Porque el "no" ya lo tenemos.

Dr. Eduardo Dayen: Pensaba, en si el psicoanálisis progresa o no progresa, que obviamente progresa, se puede ver en lo mismo que estamos hablando ahora, en este momento. Por ejemplo, en este momento, creo yo que vos te estás refiriendo al concepto de yo, cuando decís este promedio. También, al pensar qué pienso yo del paciente, o qué pienso yo de mí, en el fenómeno contratransferencial, conviene que piense en el promedio. Pero para esto es que ya estoy cuestionando el tema del yo. Esto es todo un progreso, creo yo. De la misma manera que también vamos reflexionando en torno del método, porque el análisis de la transferencia-contratransferencia, el análisis del vínculo más que del análisis del paciente, todo esto yo creo que ha sido progreso del psicoanálisis, y además la conciencia de que, así como estamos hoy, seguramente va a ser el pasado en un futuro.

Dr. Luis Chiozza: De todo lo que dijiste me gustaría subrayar un hecho. Que una cosa es decir estamos cuestionando el problema del yo y otra cosa es estar cuestionando el problema del yo. Me parece que es una cosa extremadamente difícil, extremadamente a contrapelo, y que por lo tanto es casi, yo diría, un contorsión difícilísima, empezar a pensar algo tan estrambótico como mi yo es una ilusión. ¿Por qué? porque también se podría decir después de haberlo dicho, un momentito, es una ilusión, pero como dijo una vez Einstein, pasado, presente y futuro, son una ilusión pero tenaces. Es decir, y hay que ver cómo se puede vivir sin estas ideas. No es tan sencillo decir voy a vivir sin la idea de pasado, y sin la idea de futuro.

Dr. Gustavo Chiozza: En relación a esto que decía Hilda, me parece que hay que tener presente una cuestión. Si en una supervisión, entre comillas supervisión, el analista supervisor, se centra en observar la contratransferencia en el analista supervisado con sus distintos

pacientes, entonces esto equivale a decir que el analista observa las transferencias del paciente con sus distintos objetos en la vida. Pero, si uno dice, lo único que yo tengo para ver es la relación del paciente conmigo, entonces, el supervisor lo único que tiene para ver es la transferencia del analista supervisado en el supervisor. Entonces, si yo pienso que yo superviso a un colega estoy supervisando su trabajo, ese que no veo, y que no sucede en mi consultorio, y que creo que el material es una muestra fidedigna de aquello, y bueno, entonces cuando el paciente me cuenta la discusión que tuvo con la mujer lo que me está contando es una muestra fidedigna de la discusión. Ahora, creo que lo enriquecedor de este punto de vista de los puntos de urgencia compartidos es decir yo analizo este vínculo, cuánto de este vínculo se repite allá es algo que no lo sé, pero que doy por sentado de que algo de lo que sucede acá tiene que suceder allá porque si no lo que hago acá no tiene sentido, no va a tener ningún efecto allá. Y lo mismo en la supervisión, en la supervisión entonces, yo lo único que tengo para ver es cómo el supervisado se vincula conmigo, que es lo que sucede en las supervisiones, y pienso que algo de lo que está sucediendo acá tendrá efecto allá en su consultorio. No sé, no es lo mismo, pero doy por sentado de que algo tiene que poder repetirse de un lugar en el otro, aunque no sea igual, con una cierta predominancia que lo haga útil. Porque si no vuelvo al ejemplo de las clases de tenis en los partidos. Entonces cuando Hilda dijo esta cuestión, otra vez es como si uno dijera, en la supervisión estamos viendo lo que al analista le pasa con sus pacientes, pero resulta que el analista con sus pacientes no puede ver lo que al paciente le pasa con sus objetos.

Dr. Luis Chiozza: Tal es así, que si hay... y decime si no corresponde a *tu* experiencia como supervisor... tal es así que la única dificultad que hay en las supervisiones, es lo que pasa entre el supervisado y el supervisor. La única dificultad, no hay otra. Cuando vos estás supervisando... yo la superviso a ella, si yo quiero ir a ver cuáles han sido mis dificultades para realizar esa tarea, todas tienen que ver con la relación que ella tiene conmigo. Todas. Y eso confirma lo que vos decís, pero justamente, al mismo tiempo que confirma lo que vos decís, confirma lo que estoy diciendo. Estoy diciendo que lo otro es una cosa que existe, es relativa. No es que no existe, por supuesto que hay una cierta cuestión que tiene que ver con lo que ella hace con su paciente porque sino no tendría ningún sentido, volvemos a lo mismo. ¿Qué sentido tendría supervisar, si lo único que pasa con el supervisado es conmigo y los pacientes no existen? sí que existen. Por supuesto que algo de lo que aprendemos entre ella y yo, cuando ella supervisa conmigo, también se aplica a los pacientes de alguna manera. Pero si vamos al meollo del asunto, nos encontramos con una experiencia que todos lo que supervisamos tuvimos. Las verdaderas dificultades que se producen en la supervisión tiene que ver siempre con la relación que el supervisado establece con el supervisor, y el supervisor con el supervisado. Pero lo digo afirmando lo que vos decís.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí sí. Ahora, reconozcamos que tenemos mucha más consciencia en el vínculo con el paciente de que a lo único que tenemos acceso es a lo que sucede entre el paciente y nosotros y de alguna manera hemos adquirido esta consciencia a fuerza de luchar contra la idea contraria de que nosotros podemos conocer lo que le pasa con la mujer, y que mucha de esta convicción la perdemos o la disimulamos, o nos la olvidamos, o la resistimos en otros contextos, como por ejemplo el de la supervisión que hace que uno diga, yo, mi estilo de supervisar es centrarme en la contratransferencia del analista con sus pacientes. O, cuando hacemos un seminario de ejercicios teórico-clínicos y todos hablamos del paciente como si estuviéramos identificando esa invariancia. Tenemos mucha menos consciencia allí, por suerte hemos ganado mucha más consciencia en el trabajo de la sesión, y esta es una cuestión que

de alguna manera... como sucedió en el análisis que Freud decía, la transferencia ocurre de vez en cuando, debe ser al grito de ¡fuego!, de repente uno pensaba que estaba analizando al paciente con sus cosas en su vida y de repente la relación con el médico saltaba al primer plano. Y bueno, después nos dimos cuenta de que todo es en primer plano, y bueno, en las supervisiones también a lo mejor uno las empieza pensando que va a ayudar al analista a las cosas que le pasa con los pacientes y después, más tarde o más temprano, salta al primer plano que, como en este grito de fuego que desbarata la representación, dice Freud, en la supervisión uno se encuentra con el problema en el vínculo con el supervisado. Y después, este problema que parecía completamente ajeno uno dice, ay, pero es el mismo problema...

Dr. Luis Chiozza: Y bueno, por eso tenemos una reunión como esta, por eso estamos diciendo lo que decimos, por eso estamos progresando en esto, por eso escribí un montón de Instagrams sobre este tema desde distintos ángulos, porque creo que es un tema sobre el cual vale la pena reflexionar montones de veces.

Lic. Liliana Casali: Yo voy a volver sobre el tema, seguramente mal, porque yo creo que, vos estás hablando de una manera diferente de pensar que tiene que ver con la teoría de la complejidad, con el proceso terciario, con la idea de que no hay paradoja, si no que dos afirmaciones que desde la lógica son contradictorias, desde otro punto de vista las dos son ciertas, lo verdadero al minuto siguiente es falso, lo falso al minuto siguiente es verdadero. Y es una manera de pensar que, por lo menos a mí me cuesta un montón, no creo ser la única, pero, a ver, yo recuerdo que no hace muchos años, hablando de este tema del carácter, definimos el carácter como un hábito, como algo que de alguna manera se repite, siempre traíamos a colación la frase “genio y figura hasta la sepultura”. Y de alguna manera, algo que surgía, a diferencia del análisis del síntoma que es egodistónico, el carácter es egosintónico, y es muy difícil de cambiar. Y esto justamente como se trata de un hábito, de alguna manera sustentaba también la idea de un análisis prolongado e interminable. También recuerdo otras metáforas, por ejemplo, se hablaba del disco rayado, hablando de la neurosis, un tipo rayado, es decir, donde la púa va siempre al mismo lugar, y que el proceso era de alguna manera construir otra huella para que la púa empezara a caer en otro surco, que esto era bastante difícil, y que, como todo lo nuevo, cuando la vida aprieta el zapato, se vuelve al surco más recorrido y facilitado que es la dificultad del carácter. Entonces, todo esto que vos estás trayendo es muy diferente, entonces, yo pensaba bueno, pero a mí me parecía que tenía ciertas definiciones claras, acerca de lo que era el carácter. Es la manera habitual de pensar, de sentir, de proceder, que se repite, que muchas veces configura rasgos adecuados y necesarios para la vida, y otros son justamente los que condicionan la enfermedad y la disposición a reaccionar de un modo que genera sufrimiento y conflicto en los vínculos. Pero yo ahora digo si yo tuviera que definir el carácter nuevamente, no sé cómo lo definiría. Y bueno, una pregunta que tal vez yo no había podido formular bien, pero que la traía al principio, era la relación entre comprender el punto de urgencia y trabajar sobre el carácter, porque no es lo mismo. Y si por lo menos en el concepto tradicional, el hilo rojo que recorre el cabo de la marina era volver sobre el carácter, que es trabajar sobre lo mismo, pero de modos nuevos, buscando otras representaciones, ahora digo, pero, esto es diferente. Y no siempre analizar el punto de urgencia coincide con comprender ese rasgo de carácter que supuestamente en otra época pensábamos que era importante modificar. Entonces, son reflexiones desordenadas, y tal vez no del todo bien planteadas, pero bueno, lo quería traer un poco para seguir...

Dr. Luis Chiozza: Bueno, dentro de todo yo las tengo un poco más ordenadas que vos, pero esto no significa que sea definitivo. En primer lugar, no confundamos definir lo que es el carácter. Definir lo que es el carácter, con sus más y sus menos, podríamos decir que podemos decir, el carácter es una manera de ser y proceder, por ahora me convence, tal vez mañana no, pero... una cosa muy diferente es otra cosa, definir el carácter de Liliana Casali. De esto se trata. ¿Quién lo define? ¿y sobre qué parámetros? Y seguramente si yo me pongo a hablar del carácter de Liliana Casali con Hilda Schupack, no va a coincidir conmigo. ¿Y acaso yo estoy seguro de que ella también no tiene una parte de razón que yo no veo, y que ella no ve cosas que yo veo? Tal vez el carácter de Liliana no exista como tal, exista según con quién se relacione, que es lo que dice la teoría de los cuantos. Y no lo dicen porque sí. No asumen una cosa tan dramática, sencillamente por, que podríamos decir, por exhibicionismo intelectual, no no. Si es cierto lo que dice Nietzsche que el filósofo compromete su vida en cada pregunta y la deja en cada respuesta, esto es absolutamente así con los físicos cuánticos. Entonces, ¿de qué se trata? se trata de una situación muy diferente. Una cosa es hablar del carácter como estructura conceptual y otra cosa es ponerse de acuerdo sobre el carácter de alguien, y entonces empezamos a ser un poquitito más prolijos y decir a ver, vamos a hablar del carácter de Noelia, ¿a quién consultamos? ¿y cómo establecemos una especie de acuerdo, provisorio? Y si nos olvidamos de considerar a Cristina que piensa diferente de los cuatro tipos que nos reunimos para decir cuál era el carácter de Noelia, evidentemente la cuestión no es así, no es tan sencilla, y volvemos otra vez a lo mismo. Es decir, estamos hablando de una estructura que la definimos en términos esquemáticos, pero cuando la queremos corporizar en un sujeto viviente, nos encontramos otra vez con este dilema. Por supuesto que el disco rayado es el retorno de lo reprimido, por supuesto. Por supuesto con contiene algo de verdad. No dejamos de repetir que se repite en lugar de recordar. Pero el mismo Freud dice que no se repite de la misma manera, que se repite siempre de una manera modificada, que cada repetición es una reedición modificada, el mismo Freud lo dice. Ahora bien, como muy bien dice Gustavo, también podemos cuestionar esto, ¿por qué no? Entonces yo creo que, en este vaivén, estamos tratando de no quedar apresados en una definición limitante. De esto se trata, de tratar de ver cómo lo podemos pensar de una manera que nos supedita menos a una afirmación apresurada.

Dr. Eduardo Dayen: Respecto del progreso del psicoanálisis, pensaba que una dificultad con la que nos tenemos que encontrar inevitablemente en todo progreso, en todo cambio es la tendencia natural que tenemos a aferrarnos a lo ya conocido, a los modelos conocidos. Para poder pensar en estas cuestiones que estamos discutiendo hoy creo que conviene, nos conviene soltar un poco, más que soltar un poco, tener en cuenta el hecho de que modelos o conceptos que nosotros hemos tenido antes, a lo mejor ahora no van a encajar de la misma manera que encajaban antes.

Dr. Luis Chiozza: y no, si cambiamos la cuadrícula, seguramente tendremos que cambiar las piezas del rompecabezas, ¿no?

Lic. Mirta Dayen: aprovecho para ver si puedo satisfacer una inquietud... Hace un buen tiempo, en una mesa redonda sobre el análisis de supervisión, lo llamábamos así, análisis de supervisión considerando que es como un segundo análisis la supervisión. Me parece que las presentaciones eran de Gustavo, de Eduardo, y no recuerdo si una tercera persona, probablemente sí, pero había un general acuerdo acerca de que el análisis de supervisión

justamente tiene el valor de ver el vínculo entre supervisado y supervisor, lo que está pasando ahí, entonces el paciente era como, como es en la sesión analítica, el objeto para hacer una interpretación indirecta, digamos, ¿no? Yo no tengo muy presente el trabajo que escribió Gustavo después, pero si mal no recuerdo y ya que está lo pregunto, me parece que él hacía esta comparación del análisis, el psicoanálisis con el análisis de la supervisión, y algo decía respecto de que hay más actuación en la supervisión, no recuerdo muy bien por qué lo fundamentaba, pero si cabe, le pregunto, porque era importante la diferencia. Creo que tenía que ver con que la supervisión generalmente es una vez por semana y el análisis son 3 o 4 sesiones, hay una situación diferente, pero bueno, me parece ya que surgió el tema y que tiene importancia porque a veces se escapa esta idea de que análisis de supervisión es análisis también que hay que ver el vínculo justamente entre supervisado y supervisor, ¿no? Bueno. Gracias.

Lic. Cristina Miró: Doctor, cuando hablamos del carácter, ¿no? Esto que se repite del carácter, que se tiene desde la primera infancia... ¿queda fijado un afecto? Por ejemplo, el afecto que estropea la vida, ¿queda fijado desde los 4, 5 años? Cuesta a veces como, como... creer que esto... Tendrá que ver con identificaciones con los padres, ¿pero es tan así? ¿Es tan difícil cambiar?

Dr. Luis Chiozza: Y bueno, usted otra vez lo lleva a lo histórico genético, ¿no? Pero como, lo dije esta mañana, a mí me parece que fue una afirmación muy lúcida la de Willy Baranger, cuando dijo lo histórico genético es una contradicción en sus términos, porque creo que lo histórico no es lo que pasó, lo histórico es lo atemporal que no ha terminado de ocurrir. Y que continúa ocurriendo, es el pasado que no terminó y el futuro que no comenzó. Es decir, es algo que trasciende la idea de pasado, presente y futuro. Entonces cuando uno piensa en la historia de la infancia, uno degrada el pensamiento histórico, en lugar de ser la historia de ser un libreto, el 'érase una vez' sempiterno, que de alguna manera tiene un carácter de drama, obviamente los grandes temas son la historia como relato, la historia como presente atemporal, cuando uno la degrada al tiempo cronológico interviene diríamos degradando el concepto histórico a un concepto diríamos de sucesión temporal que hace que la historia sea 'history', no sea más 'story'. Entonces esto me parece que es un punto importantísimo, ¿verdad? Entonces hablar de como el carácter tiene que ver cómo fue el amamantamiento, no es que no se pueda decir que sea cierto, pero es una representación, yo diría, muy escueta ¿no?

Dr. Gustavo Chiozza: Yo tengo la sensación de que... a mí la idea esta idea de Kant, que se repite también en Freud para lo inconsciente, de lo incognoscible, de algo que de alguna manera uno no... es como decía en una cita el otro día en la conferencia, es lo "no discernible", y que uno trata de describirlo como si lo hubiera podido discernir haciéndolo consciente, como si estuviera en la consciencia. Yo creo que este es un concepto sumamente útil, porque el problema que tiene es que cuando uno se olvida de que las teorías son imaginaciones, intentos de imaginar algo que uno no sabe lo que es, y sobre todo cuando estas teorías dan resultado, uno se termina olvidando que las teorías son imaginaciones, y entonces ahora uno se pregunta cómo es la cuestión. Entonces cuando uno dice, pero cómo es, ¿el carácter es así? ¿o el carácter es asá? ¿No? Y ahí uno se olvida de que la misma idea de carácter es una imaginación, es una representación auxiliar que no importa y que se justifica, como dice Freud, en función de sus resultados. Por ejemplo. Pero esto también sucede en la medicina. Por ejemplo, si un paciente está un poco amarillo y tiene náuseas y de vez en cuando vómitos y yo creo que le toco el abdomen y veo una masa dura por debajo de la línea costal, entonces yo

creo que tiene una hepatitis. Creo que tiene un hígado, primero, y después creo que ese hígado debería estar inflamado, y entonces hago toda una teoría. El hecho de que yo lo someta al paciente a cirugía y lo abra el abdomen y le vea el hígado inflamado ni siquiera prueba que esa teoría era cierta. Y las teorías son muy rudimentarias, por ejemplo, si a uno le duele un diente y el dentista le mira una caries y le dice tenés una caries, ¿cómo no te va a doler? Pero la caries la tengo siempre y el dolor no lo tengo siempre, entonces entre el dolor y la caries –esto lo dice Weizsäcker, no con el ejemplo de la caries-, la teoría que justifica el dolor a la caries, de alguna manera es un invento, es una imaginación y es una restricción y es una deformación de la experiencia dolorosa, inclusive una deformación que hasta puede influir en la manera en que el paciente experimenta el dolor después de haber ido al dentista, ¿se entiende? Porque, como decimos, las brujas no existen pero que las hay las hay. Entonces a mí me parece muy enriquecedora esta cuestión -creo que iba en esta dirección lo que decía Eduardo- de que no nos tenemos que aferrar a las teorías como si las teorías hubieran estado demostradas y alguien las hubiera podido tocar. Sino que las teorías cumplen su función y son valiosas en función de la función que cumplen. Pero que, si en algún punto a uno se le genera una incongruencia teórica, está muy bien que trate de resolverla, pero que no piense que... no es nada más que una incongruencia teórica. En última instancia, lo que importa es la manera de abordar a ese supuesto referente al que la teoría pretende aludir. Entonces, creo que esta es la cuestión, es como yo dijera, una buena representación de la vida anímica es suponer un aparato con dos partes, y entonces las cosas o están de un lado o están del otro. Puede ser una buena representación, pero ahora vos me decís, pero ¿cómo pasa una cosa de un lado al otro? Porque si no puede pasar, entonces... No, no pará, pará, no hay ninguna cosa que pase de un lado al otro, dijimos que esto era una representación, ¿se entiende? Ahora ya estamos queriendo responder por lo que en el fondo fue una representación de una cosa que era vida anímica. No, no puede ser, porque si está acá no puede estar allá. Bueno, entonces tendríamos que decir que esta imagen que nos habíamos hecho de dos cosas, si una cosa no puede estar en dos lugares al mismo tiempo, bueno a lo mejor esta teoría ya no nos sirve más y esto sí puede estar en dos lugares al mismo tiempo. Estoy tratando de poner un ejemplo, ¿no? Entonces a veces por ejemplo... esto es una cosa que muy muy al principio del psicoanálisis, cuando uno empieza a estudiar *La interpretación de los sueños*, tiene esta plasticidad. Porque, por ejemplo, uno dice, los sueños se componen con restos diurnos, los restos diurnos son las vivencias del día anterior. Entonces el paciente cuenta un sueño, entonces uno lo interpreta y dice no, pero esto pasó después; ah no, si pasó después entonces no puede ser, no puede estar en el sueño, porque había pasado después. Pero uno no hace esto, uno dice bueno no sé cómo será, pero si la interpretación es buena, no sé, a lo mejor se equivocó y sí había pasado el día antes. Pero no me importa si se equivocó o no se equivocó, no me restrinjo a que, si no fue del día anterior, entonces no puede ser resto diurno del sueño, tiene que ser otra cosa. Y muchas veces esa plasticidad que tenemos para la interpretación del sueño a veces, la perdemos en otros ámbitos, donde sí nos tomamos en serio que el resto diurno *tiene* que ser del día anterior y no puede ser del día posterior, porque ¿cómo va a ser del día posterior?, ¿entonces el sueño vino antes que lo que lo motiva? Esto es incoherente. Bueno, será incoherente, pero en última instancia toda la teoría no es más que una teoría. No nos creamos *de veras* que esas cosas sucedieron el día anterior. Ni siquiera es real que sucedieron, lo que llamamos pasado es lo que está pasando, no es lo que pasó, ¿no? Y en este sentido, una de las cosas que nos hacen ver como muy difíciles los cambios -no digo que los cambios sean fáciles, pero digo que los vemos más difíciles de lo que son-, justamente porque hacemos estas teorías de cosas que vienen de muy lejos, que se formaron cuando uno era muy chico. Pero a veces uno se encuentra con que, si una interpretación puede deshacer la materialidad física de

un tumor, ¿cómo no se va a poder cambiar? Y de hecho uno encuentra muchas circunstancias donde, inexplicablemente y sorprendentemente, la gente cambia. Y no me estoy refiriendo particularmente al análisis. Entonces también la idea de que los cambios son *muy difíciles* y que el carácter viene de *muy lejos* y que, cuando la vida aprieta, entonces uno vuelve siempre a lo mismo, esto también es una idea, y no siempre los cambios son tan difíciles. Obviamente que no es sencillo encontrar el motor, pero resulta que muchas veces basta una interpretación –que, en última instancia, parecería ser bastante poco- para que todo cambie y mucho, y de vez en cuando lo vemos. El caso de Milena, por poner un ejemplo por todos conocido. Entonces también esta idea de que cambiar es muy difícil, es imposible, es también consecuencia de la teoría con la que nos aproximamos a eso que queremos cambiar.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, en realidad estoy totalmente de acuerdo con lo que decís. Descubrir una incongruencia teórica siempre es un progreso, justamente porque... a veces uno descubre la incongruencia teórica y no la resuelve, igual es un progreso, mientras tanto tiene, por así decir, un intrínquilis que resolver. Ahora, otra cosa que quería mencionar, dicho sea de paso, y lo menciono porque me parece interesante como planteo, si bien es cierto que como es un planteo un poco estrambótico, tendremos que usar un cierto tiempo para meditarlo, ¿no? Pero yo estoy convencido de que ningún hombre *jamás* ha contado un sueño, que lo que llamamos en psicoanálisis “contar un sueño” es contar una pesadilla, porque lo que se recuerda son siempre pesadillas. Los sueños, a mi modo de ver, son cuestiones que transcurren y, si transcurren como sueños, no salen de lo inconsciente. Se resuelven ahí, por así decir. En realidad, ¿qué es la pesadilla? Es el fracaso de la censura del sueño, y cuando alguien cuenta un sueño, lo que está contando es una pesadilla. Es decir, lo recuerda porque el sueño no cumplió su función. Creo que esto es una idea que vale la pena continuar explorándola, porque es una idea bastante dramática, decir, que después de tantos años de pensar que nuestros pacientes nos cuentan los sueños, resulta que ahora vamos a decir que lo que nos cuentan son sueños fracasados.

Dra. Belén Tebe: A mí me genera mucho entusiasmo y agradezco que se esté hablando sobre todo del tema este de las supervisiones, porque es algo que a mí en algún momento me generó duda -ahora voy a decir bien qué-, y que tomó más fuerza a partir de lo que usted nos decía el martes pasado en el grupo -y creo que dijo algo después el jueves-, de esta propuesta de llevar a supervisar un fragmento de una sesión y las interpretaciones de la analista, y tal vez esto hacerlo con dos o tres sesiones. Porque hay una dificultad, me parece –bueno, también lo he escuchado acá-, hay una dificultad particular en aprender a trabajar con el paciente en la sesión psicoanalítica, porque uno está solo ahí, en el momento, y después puede ver a través de las supervisiones y demás. Diferente, por ejemplo, a cuando uno está en una consulta médica, que estás ahí, o que el médico que a uno le enseña, por ejemplo, le puede mostrar más fácil. Entonces yo pensaba que, bueno, evidentemente, la manera que estamos usando para aprender a trabajar con nuestros pacientes sirve, porque estamos aprendiendo, o por lo menos yo siento que estoy aprendiendo. Pero también pensaba si hay alguna manera o habría alguna manera mejor, porque yo muchas veces he pensado, bueno, ¿conviene llevar, por ejemplo, a la supervisión personal, una sesión completa de un paciente, incluso verla en varias veces? No sé, tal vez no habría diferencia llevar una sesión completa y verla en varias veces o ver algún fragmento. O por ejemplo esto que proponía usted, que, bueno, supongo que lo haremos a partir del martes que viene, esto de ver varias interpretaciones. Pensaba esto, si hay alguna manera que pueda llegar a ser mejor. Otra cosa que también pensaba es que, claro, uno tiene que analizar el vínculo con el paciente, y muchas veces, yo por lo menos me

encuentro con una dificultad, que seguramente sea resistencial, que a veces me encuentro tratando de pensar qué decirle al paciente cuando todavía no comprendí qué le pasa. Y por un lado digo primero tendríamos que tratar de comprender qué le pasa al paciente y también digo bueno, pero no es lo que le pasa al paciente, es el vínculo, entonces me pregunto también, bueno, pero esto cómo... a ver, porque por un lado siento que lo estoy aprendiendo, pero por otro lado pienso si tal vez habría alguna manera mejor.

Dr. Luis Chiozza: Lo que yo veo, y voy a tratar de transmitirlo, porque cada vez lo veo con más fuerza, en primer lugar, no es que a mí me parezca mal que a uno se le ocurra pensar qué es lo que le pasa al paciente. Son todas representaciones que muchas veces son útiles, lo que llamaríamos... ¿qué persona es ésta? El dibujo el paciente, ¿no? No diría que es una tarea inútil. Pero más importante, y en un grado más superlativo, es qué es lo que el paciente le está diciendo al analista, es otro jalón. Ahora, lo que yo observo es que sucede generalmente esto: a veces en las tres líneas, acuérdense lo que decía Racker, se puede hacer microscopía o macroscopía. Hay materiales en donde la microscopía es más fácil y hay otros en donde es más fácil la macroscopía. Pero con macroscopía o microscopía, a las siete, ocho o diez líneas que el paciente habló, a veces uno necesita un poco más, pero en general uno ya tiene una cierta representación de algo que el paciente dice y, a menos que el analista le haga una interpretación mutativa -es decir que a través del emergente se vea que ocurrió un proceso analítico, es decir que el paciente no sigue diciendo lo mismo-, generalmente, en la mayoría de las sesiones, lo que el paciente dijo en las primeras diez líneas, lo va a decir en toda la sesión, a menos que, como dije, una interpretación lo saque de ese carril. Entonces ¿qué es lo que a mí me parece que resulta útil? Resulta útil, una vez que uno ya tiene una idea de cuál es la fantasía transferencial que se está dando allí, a través de esas primeras diez líneas, ya no seguir escuchando el material del paciente, que cambia el contenido manifiesta pero que, si uno percibió el llamado contenido latente, va a ser el mismo, ir a las interpretaciones del analista. Cuando el analista hace la interpretación, después puede tener sentido ver inmediatamente el emergente. Pero si la interpretación no ha cambiado ni hay proceso analítico, ya lo que importa es ver las interpretaciones del analista, no más el material del paciente. ¿Esto qué quiere decir? Que a mí me parece que la supervisión se aprovecha mucho más si el analista lleva todas las sesiones de la semana, todos los principios, y después lleva sus interpretaciones. Porque lo que pasó, fundamentalmente, son las interpretaciones, de las interpretaciones depende todo lo demás. Si uno se queda en el material, corre el riesgo... a veces yo veo que la persona que viene a supervisar se siente inconfortable, porque se ha tomado el trabajo de desgrabar cuatro o cinco páginas, y yo ya después de las primeras diez líneas me estoy aburriendo, porque ya me está diciendo siempre lo mismo el paciente y ahora lo que me interesa ver es qué hizo el analista, qué le dijo y si cambió algo. Entonces me parece que la mejor manera de aprovechar la supervisión es llevar cuatro sesiones de la semana, los comienzos y las interpretaciones. Si ocurrió que una interpretación generó un cambio progresivo en el material, y bueno, eso se puede ver, pero en general lo más probable es que esto no pase o pase una sesión en toda la semana. Esto es lo que uno ve, haciendo una estadística. Entonces uno dice, para qué vamos a perder los cincuenta minutos, en donde el paciente habla dos páginas y de repente el analista le dice ¿qué más pensaste? Y terminó la supervisión y bueno ¿qué supervisó hoy? Supervisó lo que el paciente dijo las primeras diez líneas, es aburridísimo, y además se desaprovecha. Entonces si uno lleva de las sesiones los comienzos, que pueden ser diez quince líneas... Puede ser que alguna vez se pierda algo importante, pero en general va a ser al revés. Vamos a ver las interpretaciones, vamos a ver cómo evolucionó, después de la interpretación, vale la pena ver el emergente, dos o tres líneas,

generalmente ya se ve. Me parece, en términos generales, no estoy diciendo que esto es una regla fija, pero me parece que tiende a fecundar el trabajo que se hace en los ejercicios teórico clínicos. Si ¿quiere añadir algo más?

Dra. Belén Tebe: Sí, porque también pensaba que, bueno, obviamente las supervisiones grupales y las individuales tienen una diferencia, que en una supervisión individual uno con el supervisor, por ejemplo, uno habla un poco más acerca de lo que uno sintió durante la sesión, por ejemplo, ¿no?

Dr. Luis Chiozza: Mire, las supervisiones grupales tienen algo muy interesante. Es un ámbito privilegiado, donde hay varias contratransferencias, donde unos se apoyan en lo que dijeron los otros, el primero que habla, habla de lo que piensa, el segundo que habla, dice yo, en la misma línea, y el tercero que habla dice yo, en la misma línea, es decir se va armando como una especie de cosa colectiva, también es interesante.

Dra. Belén Tebe: Sí, lo que quería preguntar es si también, teniendo en cuenta la sesión que el supervisado lleva, lo que estaba pasando entre el analista y el paciente y lo que pasa entre el supervisor y el supervisado, que serían como... decíamos que pasaría lo mismo. ¿Tendríamos entonces que hablar, por ejemplo, en la supervisión más del vínculo entre supervisor y supervisado? ¿O no, porque sería lo mismo?

Dr. Luis Chiozza: A mí me parece que, en realidad -y últimamente lo estoy viendo cada vez con más claridad-, me traiga el supervisado el material que me traiga, es siempre él. Y la cuestión que le voy a mostrar con un paciente, se la voy a mostrar otra vez con el otro, porque es siempre él. Y cuando veamos sus interpretaciones, van a ser con los mismos defectos y con las mismas virtudes, porque es siempre él. No importa qué paciente traiga. Dicho sea de paso, esto tiene que ver con el hecho de que originalmente se supervisaba un solo paciente. Pero después la cuestión se llevó a que el supervisado lleva toda la pacientela para que el supervisor les pase el plumero a todos y le diga lo que le pasa a cada uno. Y en realidad eso no sirve, porque el que es siempre el mismo es el analista. Entonces me da lo mismo que traiga uno que traiga otro. Es más, yo le digo tráiganme la semana, pero si en la semana me trae tres pacientes distintos, es lo mismo, porque usted es siempre la misma.

Lic. Gloria Schejtman: Me parece que es sobre el mismo tema, porque por ahí yo, desde un malentendido, pensé que, en cuanto a la supervisión, había como dos planos. Uno que es el análisis de supervisión y otro que es el ejercicio clínico, ¿no? Pero ahora cuando usted dijo eso, dije lo que pasa es que puede suceder que en el análisis de supervisión no se hace manifiesto lo que el analista piensa del supervisor, pero se lo dice a través del paciente. Está en el supervisado si quiere tomar la indirecta o no, si quiere hacer consiente algo inconsciente que es de su vida, ¿no? Obviamente es así. Pero también pensaba que de pronto puede ocurrir que haya un pacto entre supervisado y supervisor, en donde se proyecta todo sobre el paciente y donde ya no están hablando de sí mismos, ni del vínculo supervisor-supervisado, sino que la cosa es más proyectiva, también podría llegar a pasar. Porque acá, hace un ratito se decía que la verdadera dificultad en una supervisión es la que surge entre ambos, entre supervisor y supervisado, pero que también es más difícil meterse con el analista que con el paciente. Entonces pensaba qué rico todo lo que se abre en función de este vínculo, y cuál es la actitud menos resistencial en cuanto a, como decía antes, tomar la indirecta o no tomarla, o estar más

proyectivo o menos proyectivo y tomar la supervisión verdaderamente como un análisis de supervisión.

Dr. Gustavo Chiozza: Racker hablaba de la ley fundamental haeckeliana ¿no? que la ontogenia repite la filogenia. Y él lo traía esto para decir que la evolución de un analista, en algún sentido, repite también la evolución de la teoría psicoanalítica. Así que es sumamente interesante detenerse en la evolución de la técnica. Algo había mencionado antes, lo voy a hacer un poco más... En un principio la idea era ver qué es lo que le pasa al paciente, el paciente está enfermo, el médico está sano y el analista tiene que curar al paciente. Y entonces el paciente habla de su enfermedad, habla de su vida, habla de sus cosas. De pronto, resulta que el paciente pierde todo interés en su vida, en su enfermedad y en sus síntomas y todo su interés se concentra en la persona del médico. El médico se sorprende con esta cuestión, y entonces dice el paciente no se quiere curar, o al paciente ya no le pasa más nada, ¿no? Y la primera idea fue esto es una resistencia, hay que disolver esta resistencia para que el paciente nos vuelva a hablar de su esposa, de su jefe, de su hermano, de su mamá, de su papá, y sacarme a mí de esta cuestión, que yo no tengo nada que ver. Después sucede una tercera etapa, en la cual dice esto que es una resistencia, es también lo resistido. Y cuando Freud descubre esto, se le abre un panorama nuevo y dijo claro, nadie puede matar en ausencia o en efigie, es decir, yo tengo que sanear el vínculo con el paciente, en la confianza de que, una vez que este vínculo esté sano -obviamente, es un poco, ingenuo en este sentido-, el paciente, una vez que esté sano en su relación con el médico, lo seguirá estando en sus otros vínculos en la vida. Y todos los analistas pasamos por esta etapa. Hayamos estudiado en la época en que hayamos estudiado, estudiamos la transferencia, la efigie, Racker, la contratransferencia, pero cuando empezamos a atender, empezamos por el principio. Inclusive, aún después de muchos años de experiencia, no es raro -a mí me sucede-, que, cuando tomo un paciente nuevo, otra vez lo tomo -sin tener plena consciencia de esto- como que yo me tengo que ocupar de lo que a él le pasa. Y otra vez me vuelve a sorprender la transferencia. Creo que, de tanto haber insistido en esta cuestión -no haber insistido yo, de haber insistido la técnica-, hoy en día ya contamos con recursos que ya nos ayudan a decir a lo que yo tengo que prestar atención es a la transferencia, y la tengo que buscar aun cuando el paciente no hable de mí. Y esto, de alguna manera, es de mucha ayuda. Pero algo de esta misma evolución, es como si viniera un poco más enlentecido, por ejemplo, en la supervisión. Y entonces en la supervisión y en los ejercicios teórico clínicos -después me voy a referir, más allá de los nombres, quiero hacer esta diferencia con las supervisiones grupales y las individuales-, es como si, de alguna manera, otra vez es como si se impusiera esta idea de que yo tengo que ayudar al analista en los problemas que tiene con sus pacientes en su consultorio. Y de pronto otra vez sucede que la transferencia aparece como una resistencia, como una molestia, como algo que perturba la tarea. A pesar de que uno podría decir pero si esto yo ya lo viví con mis pacientes, igual tarda otra vez, y después llega a darse cuenta que esto que está perturbando es exactamente lo mismo que al paciente lo perturba o al supervisado lo perturba con sus pacientes. Y entonces uno dice es cierto, no se podía supervisar en ausencia o en efigie. Entonces esta cuestión vuelve a ocurrir. Por esta cuestión, en ese trabajo que citaba Mirta, yo un poco decía que, si la supervisión es *análisis de supervisión*, esto de alguna manera alcanza su mayor plenitud cuando la supervisión es individual. En las supervisiones grupales, de alguna manera, el análisis del vínculo es el análisis del vínculo del grupo, y no es exactamente la misma situación que después cada uno de los analistas del grupo tiene en su consultorio. Obviamente que la representación de analizar lo que le pasa al paciente, si uno logra tener consiente que es una representación, no es mala representación, el problema sucede cuando uno se olvida de que

es una representación y cree que de verdad está pudiendo analizar lo que al paciente le pasa en su matrimonio, en su vida, pero como representación no es mala. Y entonces en los ejercicios teórico clínicos grupales tienen una utilidad muy importante, son muy enriquecedores, ayudan a en un montón de aspectos, pero no son lo mismo que una supervisión individual, y no tienen los mismos alcances. Y con esto voy a lo que también traía un poquito recién Gloria.

Con respecto al otro punto, de qué es lo mejor que tiene que traer el supervisado a la supervisión para que la supervisión se desarrolle de la mejor manera, yo no tengo una idea... O sea, la primera cuestión que a mí me convence mucho es una cuestión que alguna vez lo hablamos, ahora no me acuerdo de quién fue el concepto, pero a mí me convence mucho, que lo fundamental es que haya un material. Porque cuando el supervisado dice te voy a contar lo que pasa, esta imposibilidad de fijar el material tiende a utilizarse como resistencia e invalidar las interpretaciones. Entonces vos decís bueno me dijiste tal cosa, entonces a mí me parece...; no, no, no, te lo dije mal, sí, yo te dije tal cosa, pero en realidad lo que yo le dije al paciente no fue tan así, sino fue más bien así, no así. Y entonces uno no puede tener un material sobre el cual interpretar, entonces esto favorece un montón la resistencia. Entonces lo primero es tener un buen material, pero un buen material quiero decir, no que la grabación esté bien hecha, sino el hecho de decir, bueno vamos a referirnos a esto, a poder identificar el material. Después yo creo que hay distintas dificultades en distintos supervisados y también distintas etapas en las dificultades. Por ejemplo, esta cuestión de que el paciente repite siempre lo mismo, yo estoy completamente de acuerdo, el problema es que muchas veces el supervisado no lo ve, y cree que está hablando de distintas cosas. Entonces a veces la mejor manera de mostrarle esto es mostrarle esto en las primeras cuatro páginas donde ¿ves? esto es lo mismo que esto, y esto es lo mismo que esto, y esto es lo mismo que esto. Y a veces esto hay que hacerlo unas cuantas veces o para siempre... para siempre no, pero lo que sea necesario, ¿no es cierto? Es como, de alguna manera, tirar pelotas del canasto. Es como una tarea que es como empezar desde más abajo. Para que el analista traiga las interpretaciones, por empezar, iba a decir las interpretaciones, pero después es necesario tener los emergentes, y después de los emergentes también, a lo mejor sería necesario ver como se deforman esos emergentes para volver otra vez adonde estaban después de la interpretación, entonces es difícil decir dónde uno hace el recorte. Por otro lado, a veces uno se encuentra con que los analistas no traen las interpretaciones, no porque sucedieron más tarde en la sesión, sino porque no sucedieron. Y entonces, por más que la traigan, tampoco sucede, y entonces uno tendría que decir volvamos al material para ver cómo tiene que suceder la interpretación. En ese sentido, yo creo que lo esencial no está tampoco dependiendo del material -sacando el hecho de que el material esté fijo-. Es como si uno dijera para que el paciente resuelva sus problemas del trabajo, me tiene que hablar del trabajo. Hay algo de cierto en esto, porque si es un tema que evita por todos lados se hace más difícil, pero también es cierto que, por más que lo evite, si el tema tiene actualidad, va a aparecer en otros temas. Es cierto puede ser un poco más difícil verlo en otros temas que si el sujeto decidiera meterse con ese tema. Entonces, en este sentido pienso que, de alguna manera, cada supervisión es, a mi manera de ver, es una cosa un poquitito más... artesanal y es como si uno dijera yo no sé por dónde va a surgir lo que tenga que surgir. Nunca se me ocurrió esta cuestión de decir veamos el comienzo y todas las interpretaciones, se me hace como que, a lo mejor, si viera el material sentiría que también igual me están faltando partes, la verdad que no... A veces inclusive el problema, por ejemplo, arranca desde el encuadre, por ejemplo, entonces no es algo que esté en lo que el paciente dice y en lo que el analista interpreta. Sino, por ejemplo, el hecho de que el analista le cambie todas las sesiones que el paciente no puede, o el hecho de que el analista no le cobre las sesiones que el paciente no viene, por ejemplo, es algo que muchas veces queda por fuera del material. A

veces queda por fuera del material que el paciente viene una vez por semana y uno a los tres meses de supervisarlo se entera, porque el supervisado lo oculta o no lo dice, y entonces yo no encuentro una cuestión así tan estandarizada. Después cuando hagas esta experiencia de ver los comienzos y ver las interpretaciones nos dirás como resultó.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, te lo puedo decir ahora, ya la hice esa experiencia y no la hice porque sí, la hice porque los hechos me condujeron a pensar que de esta manera rendía muchísimo mejor. Estoy muy contento con las supervisiones, me he dado cuenta de que no hacían falta supervisiones de dos horas, estoy haciendo supervisiones de 50 minutos y en esos 50 minutos yo siento que surge lo esencial. De manera que no estoy hablando de una experiencia que no hice, pero esto no quiere decir que mi experiencia otro no la pueda recorrer de otra manera, ¿por qué no? Quiero mencionar una cuestión, ya que estamos, dicho sea de paso, que tiene que ver con el análisis de niños. Porque fíjense qué interesante, vos dijiste -y tenés muchísima razón, esto me parece importantísimo- no se puede supervisar a un analista que le viene uno a contar lo que pasó en la sesión. Uno dice yo quiero el material, por esto que dijiste vos, está clarísimo. Ahora resulta que, con el análisis de niños, el material no existe. Los analistas de niños *cuentan* lo que pasó. ¿Por qué? Si, ya sé, el chico dibujó una pollera... Pero resulta que lo que el analista está haciendo, fundamentalmente, tiene un enorme porcentaje de contar lo que pasó ahí. Yo digo porque yo he supervisado niños y me he encontrado con eso, que no es la misma objetividad de material. Es cierto que hay cosas objetivas que pasan, pero, vuelvo a repetir, esto unido al tema este que dije del hecho del análisis a través de los dibujos y los juego con niños que hablan, estas dos cosas juntas, me generan muchísima curiosidad, inquietud, no quiero sentar cátedra con esto porque no tengo experiencia en el análisis con niños, pero sí quiero mencionarlo porque me parece que no tiene el mismo grado de objetividad. Es decir, el analista de niños cuenta, obviamente está bien que cuente la contratransferencia porque también la cuenta..., pero es mucho más concreto el material del adulto que el material del niño. Siempre hay un grado de relato en el material del niño, por ejemplo, dibujó y sacudió la pierna, y todo esto de alguna manera está como una serie de cuestiones que no aparece tan objetivamente en el material de niños. Pero, ya digo, Silvana tiene mucha más experiencia, podrá decir lo que piensa al respecto, pero a mí me parece que hay un grado de objetividad del material en el adulto que en el niño es más difícil.

Lic. Annick Gómez: Quería volver sobre un tema que surgió a la mañana, de la queja, que Gustavo mencionó, yo recuerdo solamente una cosa, que Gustavo decía que frente al paciente que se queja, el analista critica, y que esa sería la queja del analista, si lo recuerdo bien o lo entendí bien. Y el jueves en el material que surgió, una paciente que estaba disconforme, quejosa, y usted dijo bueno lo que mejor uno podría hacer es quedarse en silencio. Y también recuerdo que en otras oportunidades usted dijo bueno, uno le puede preguntar '¿y entonces?'. Y después pensaba, esto es pensado en el paciente, pero si esto es un vínculo y uno lo tiene que analizar el punto de urgencia compartido, pensaba, digamos... porque además también surgió y usted dijo que la queja es muy habitual y que está con más frecuencia de lo que uno puede ver, y a veces está solapada de distintas maneras, y digo bueno, seguramente a uno también le pasa, entonces digo, si es desde el punto de urgencia compartido, sería otra la actitud. No digo de decirle al paciente que uno comparte la dificultad, pero desde otro lugar, pensaba, cómo trabajar esto con el paciente.

Dr. Luis Chiozza: El tema de la queja es un tema muy importante. Yo no me acuerdo si lo dije esta mañana, pero en todo caso lo repito ahora porque me parece un tema muy importante, yo

creo que todos nosotros tenemos una tendencia inconsciente a quejarnos sin darnos cuenta de que nos estamos quejando, y muchas veces disfrazamos nuestras quejas como quien está sentando una doctrina, como, por ejemplo: no debería haber pobres. Entonces, cuando yo digo que no debería haber pobres, estoy expresando un principio doctrinario. Pero, en el fondo, estoy diciendo esto está mal y yo estoy sufriendo por esto, y generalmente esos pobres de los cuales yo digo que no debería haberlos ocultan la queja que yo siento de algo que pienso que... por ejemplo el gobierno, la institución, está haciendo mal. Esta queja disfrazada es tan solapada, que yo diría que cuesta descubrir hasta qué punto uno cuando, en cuanto se descuida, se está quejando. Me parece que esto es muy importante. El otro punto que usted planteó, que también es interesante, dicho así, en el aire, es un poco difícil, sacándolo de contexto, decir qué significa decirle al paciente: ¿y entonces? Pero en las ocasiones en que uno puede pensar que esto funciona bien, como una buena interpretación, para mí la palabra ¿y entonces? en algunos contextos es una palabra privilegiada, porque es devolverle al paciente su responsabilidad. Es como decirle bueno, ok, esto está mal y entonces ¿qué va a pasar?, ¿de quién depende?, ¿cómo sigue esto?, ¿sigue en manos de quién? Obviamente yo no puedo ahora reproducirle a usted la circunstancia en donde esa intervención tiene toda esta riqueza, lo que sí sé es que hay momentos en que la tiene y sé que hay momentos en que uno la puede usar y no sirve, porque la usa mal. Pero si nos remitimos a los lugares en donde esta interpretación funciona, es una verbalización escueta, breve, que tiene mucha eficacia.

Lic. Silvana Aizenberg: Por supuesto que pienso exactamente igual que vos respecto a no promover, en el análisis de los niños, a que los niños jueguen o que jueguen a algo determinado o que dibuje algo determinado, esto formará parte de otras técnicas del trabajo con niños, donde se le dice dibujá un árbol, una casa, una persona, esto nosotros no lo hacemos. Simplemente a veces disponemos de material para los niños, porque partimos de la idea de que evolutivamente los niños se sirven, o que el juego es un modo privilegiado que tiene los niños para expresar su rico mundo de fantasías que, de otra manera, no les resulta tan fácil, por muchas razones. A veces porque no tienen toda la adquisición del lenguaje, otras veces porque, a ver, si un chico tiene que expresar su agresión, que a veces son sentimientos muy fuertes, les resulta más fácil expresarlo jugando que decir quiero matar a mi hermano, por ejemplo. Entonces, cuando vos hablas de esto yo pienso, estoy de acuerdo, promover que jueguen, no y tenemos que intentar que el niño vaya accediendo al lenguaje hablado. Pero bueno, igualmente me gustaría algún día poder escribirlo y poder fundamentarlo mejor todo esto. Y en relación al material que se trae a supervisar, bueno es cierto que a veces uno puede escribir más conductas en los niños, pero también se describen juegos, palabras, y pienso en lo que aprendimos de Aberastury cuando ella decía el dibujo es lenguaje, ¿no? Y entonces a veces cuando un niño espontáneamente dibuja algo, es un lenguaje que a nosotros nos aproxima muchísimo a lo que él siente. Entonces bueno, más o menos, como vos traes el tema habitualmente, yo no digo nada, pero porque no lo tengo tan armado, es más una impresión y, bueno, y la experiencia del trabajo con los niños.

Dr. Luis Chiozza: Sí, es un tema que me intriga la verdad. Yo no lo pienso en un chico de 3 meses, ni pienso en un chico de un año y medio. Para ir a un ejemplo más concreto, pienso en un chico de 8 años, que se la pasa hablando con todos sus hermanitos. Y también, por qué no, de 5 años. Y yo me pregunto... es cierto que hay cosas que tienen dificultad para expresar, por ejemplo, la agresión, pero lo mismo pasa con un adulto y nosotros comprendemos que el adulto tal vez necesite un tiempo para expresar la agresión que se manifiesta de otras maneras, que se manifiesta en la manera de hablar, que se manifiesta por ejemplo en la

manera de tartamudear, que se manifiesta de mil maneras que homologan la sesión del niño de 8 años con la sesión de un adulto. Sobre todo, porque es un niño que en su casa se la pasa hablando, y de pronto llevarlo a creer al chico que para poder expresarse tiene que hacer el dibujo, si me permiten decir una cosa exagerada, sé que es exagerada, pero es como si le dijéramos a un artista que la única manera que tenemos de analizarlo es que nos traiga sus cuadros y asocie con lo que pinta. Me parece que no necesariamente nos tenemos que limitar a eso, me parece que el camino de la verbalización está abierto en un chico de 8 años.

Dr. Gustavo Chiozza: Obviamente, todos saben, así que no hace falta aclararlo, que no soy especialista de niños, algunas veces me ha tocado supervisar materiales de niños, atendí un niño no muy chico y ya creció, así que no tengo tanta experiencia en ese sentido. Pero yo creo que una parte del concepto de que los niños juegan y dibujan y los adultos hablan. Y ninguna de estas cosas es del todo cierta, ni la verbalización está ausente en los análisis de niños -por lo pronto, aunque el niño no hable porque sea muy chiquitito, habla la analista y el niño entiende el lenguaje hablado, o sea que el lenguaje hablado participa- y, por otro lado también, pensar que un adulto habla es también un gran prejuicio. Obviamente, nosotros registramos en un grabador las palabras y después las pasamos a una hoja de papel, con lo cual les sacamos las entonaciones, los tonos, los matices, inclusive a veces hasta les sacamos las vacilaciones o las confusiones, cosa que quizás no deberíamos pero otras veces, también es típico del material principiante que te pone todos los puntos suspensivos, pausa larga, pausa corta, pausa media, pausa más larga, dos pausas largas, tres pausas, es interminable (risas), pero en realidad, y esto vuelve también al tema de la presencialidad, está el tema de la manera de moverse, de la ropa, de los gestos, del resoplar, del emitir ciertos sonidos, el revolverse en el diván. Freud decía quien tiene ojos para ver sabe que los adultos no pueden guardar ningún secreto, y lo dice cuando Dora jugaba con el monedero bivalvo, y esto era un juego. En este sentido yo coincidí un poco con Silvana en que el juego es un material muy privilegiado porque es difícil mentir con el juego. También creo que un material sumamente privilegiado, que los pacientes nos ofrecen incautamente, son los síntomas corporales, porque no están habituado a que interpretemos... bueno sí, si el paciente es de acá. Entonces por ejemplo vos le preguntás a un paciente ¿qué enfermedades ha tenido?, y yo tengo infecciones urinarias a repetición. Y te está dando un material enorme, que él no piensa que te está dando ese material enorme ¿no? Entonces de alguna manera esto nos ayuda a saber, si es una persona que sufre de infecciones urinarias a repetición, ya para nosotros es una información que a otros analistas le pasaba desapercibido. Entonces en ese sentido, así como creo que, y yo siempre lo había entendido así que no es que hay que decirle al chico ahora dibujas, de cinco a cinco diez después juego (risas), tampoco habría que decirle no dibujes y hablá. Sino que, de alguna manera, dejar que la cuestión suceda espontáneamente. Evidentemente yo me siento más cómodo con alguien que habla, porque en eso me he especializado y a lo mejor interpretarle el juego, tengo que hacer un esfuerzo donde no tengo tantos atajos como puede tener alguien que se ha dedicado toda la vida a interpretar juegos. Pero yo creo que para quienes son capaces de interpretar el juego, el juego es un material, casi diría, hasta *más* privilegiado que la palabra. Por lo menos no menos, yo pensaría que más, pero podría ser que me equivoque y sea igual, pero no me parece que sea menos. Y, por otro lado, vuelvo a destacar que nosotros conceptualizamos lo que sucede en las sesiones con nuestros pacientes como que el paciente habla y nosotros interpretamos lo que dice, pero no le estamos prestando debida atención que hay muchísimas más cosas. Una colega, hablando del tema de la presencialidad, me hablaba de lo importante que para ella eran los olores de los pacientes. Yo no soy una persona que tenga desarrollado el olfato, y entonces en ese sentido no es una información, pero de alguna

manera, uno no interpreta solamente las palabras. La manera de decirlo, si el paciente habla apurado, si habla rápido, si habla a veinte mil palabras por minuto o habla lento, haciendo tiempo, son esas cosas que a veces ni siquiera nos damos cuenta de que les estamos prestando atención, pero después están en el resultado final de lo que estamos interpretando. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Bueno en realidad lo que decís no me cambia mucho lo que pensaba, te explico por qué. En primer lugar, yo he supervisado muchos niños y sigo supervisándolos. No surge de mi voluntad, surge del hecho de que me los traen y los superviso. Y todo lo que vos decís de la interpretación del juego, en el adulto se da también y, por la misma razón, yo podría utilizar con el niño la misma actitud de interpretar cuando está jugando, aunque se comporte como un adulto o se ponga en el diván, hable. En realidad, hay una serie de cuestiones que me hacen un poco de ruido. Por ejemplo que el chico tiene su caja, que cuando termina la sesión tiene que guardar todo en la caja, que aparece como que ese es su campo y que no tiene que invadir el campo de otro niño. Cosas que no me parecen que estén mal, pero que me parece que son un derivado del haber puesto tanta insistencia en el hecho de que el niño tiene dos maneras de expresar que el analista privilegia. El analista de niños privilegia el dibujo y el juego y no privilegia la palabra. No digo que no las escuche, todas las cosas que vos has dicho van en razón de lo que yo digo, porque un chico puede tartamudear, puede tartamudear un adulto, puede sacudir la pierna, también el adulto sacude la pierna. Todo esto no hace una diferencia tan grande entre el niño y el adulto. E, insisto, para que podamos reflexionar sobre este tema es conveniente que pensemos en un chico de cinco años, no en un chico de un año y medio. Me parece a mí que este un punto por lo menos interesante para reflexionar.

Lic. Liliana Casali: Sí, con esto vos que decís ahora de la edad, creo que es un punto de inflexión importante. Porque, recordando lo que aprendimos clásicamente de Melanie Klein... porque vos decías que el analista privilegia el juego y no la palabra. Y yo pensaba que tal vez otro punto de vista sería pensar que, en las edades tempranas, predominantemente el lenguaje con el que el niño se expresa es el juego, a diferencia del niño mayor, de seis, ocho años, que ya predominantemente se expresa a través de la palabra. Porque justamente lo que posibilitó Melanie Klein es el análisis de niños muy pequeños, que después Arminda Aberastury, y también las experiencias con los estudios patobiográficos de bebés, llevaron a la posibilidad de implementar la observación y el análisis de los bebés, que ni siquiera juegan, traducen sus emociones a través de los gestos. Y hay un libro hermoso de Arminda Aberastury, que se llama *El juego en los niños*, donde ella dice que el bebé desde que nace, juega, y abrir y cerrar los ojos es el primer juego de las escondidas, en donde hace aparecer y desaparecer el mundo. Y son gestos, ni siquiera juguetes. Entonces a lo mejor se puede pensar en una época, así como hablamos de distintas formas de materialización que predominan en distintas etapas de la vida, dado que aprendimos que el lenguaje verbal es *una* de las formas del lenguaje, pero el lenguaje es mucho más amplio y se expresa a través de otros signos, hay edades en las que predomina la posibilidad de expresar lo que el niño siente a través del juego -ni siquiera del dibujo, que es una adquisición más tardía-, a diferencia de los niños más grandes. Después pensaba que también en una época, cuando no existía el grabador, que vos has traído también ejemplos de esa época, uno anotaba y transcribía las sesiones y la objetividad era más o menos parecida a la que tiene la analista de niños cuando relata lo que un niño hace en una hora de juego. Después tenía una especie de fantasía tropical, que dije bueno, ahora que contamos con el video, si uno pudiera filmar las sesiones, llevaría de alguna manera llevaría un material más objetivo a las supervisiones. Esta era una ocurrencia un poco tropical, ¿no?

Dr. Luis Chiozza: No tan tropical, habría que preguntarse por qué no se hace, por ejemplo. Pero, sin ir a ese punto, estoy hablando de niñas de catorce años que se analizan jugando, catorce años, doce años, nueve años. Y conozco niñas de cuatro años que discuten con sus hermanitas, argumentan, discuten y argumentan con cierta solvencia si le corresponde o no le corresponde prestar la muñeca. Entonces, ¿cómo procesamos eso? A mí me parece, insisto, no soy un especialista en esto, si bien he supervisado mucho niños por obligación, porque me sucede y porque, además, me interesa, no diría que tengo experiencia especialmente en el campo, pero a mí me llama la atención que no se haya cuestionado esta cuestión, de que chicos que en su vida habitual tienen un uso muy elaborado de la palabra, con argumentaciones racionales importantes, que de alguna manera cuando entran a la sesión psicoanalítica, su nivel de expresión queda privilegiado, en la hora de juego o en la hora de juego y dibujo. Me parece que ese es un punto que por lo menos merece una reflexión. Creo que este es un tema interesante.

Lic. Liza Schejtman: se me ocurrió quizás es un poco obvio, en el caso de que fuese así, que trabajáramos sin jugar, ni dibujar, la consigna sería... no sé si lo pensó, pero si la consigna sería la misma, explicarle de esta manera, decirle que diga lo que va pensando o, no sé, me lo estaba tratando de imaginar.

Dr. Luis Chiozza: No veo por qué no, pero, además, si no se la dijéramos, seguramente la comprendería enseguida, en la medida en que nosotros empezamos a hablarle de lo que nos dice. Perdón, te interrumpí.

Lic. Liza Schejtman: No era eso sólo, porque me imaginaba la situación, me imaginaba quizás más silencios o quizás uno se sentiría más tentado de hacerle alguna pregunta, por eso me preguntaba si sería lo mismo lo que uno le pide o ...

Dr. Luis Chiozza: Bueno, pero eso también te puede pasar con un adolescente y no por eso le vas a decir dado que vos estás en silencio, ahí tenés una caja de juegos para expresar lo que querés expresar.

Lic. Mirta Dayen: Buenos, nos quedamos pensando muchas cosas, nos llevamos también de la jornada cosas para seguir reflexionando. En cuanto a este punto, yo no tengo experiencia en el tratamiento de niños tampoco, de vez en cuando alguna consulta, digamos, tengo poca experiencia, aparte de los estudios patobiográficos. Pero recordé una experiencia de hace muchos años, que el tratamiento empezó, la paciente era una niña, era difícil, no solamente porque yo no tenía mucha experiencia, sino porque la nena era latente y me generaba un letargo terrible, jugaba a las cartas. Cuando llegó a un determinado punto, creo que tenía trece o catorce años, surgió la posibilidad de que pase al diván, no disminuyó la dificultad, porque la nena, ahora ya adolescente, no hablaba. Entonces yo me acuerdo que llevaba a las supervisiones mis ocurrencias contratransferenciales. Cuando progresó un poquito, empezó a cantar. Bueno, lo traigo como relato porque me parece que son experiencias que alguna que otra todos tuvimos y sirve para poder pensar en esto. Lo que quiero retomar es algo que, efectivamente, fue bastante impactante lo que dijiste del soñar y de la pesadilla. Porque, por ejemplo, solemos decir, o yo pienso muchas veces, que el paciente sueña, se acuerda el sueño cuando se despierta y luego, decimos, lo reprime después. También creo que debemos tener más de uno la experiencia de que el paciente se olvidó el sueño, va a la sesión y después

recuerda el sueño. Es decir que ese contenido, reprimido para mí, va y viene. Pero esto que vos estás diciendo significaría qué, que si es pesadilla es que no cumplió el sueño su objetivo o si lo hubiera cumplido no se acuerda, es decir, tramitó el dormir y el soñar como parte de otra actividad y no nos enteramos en la consciencia vigíl, ¿esto querés decir?

Dr. Luis Chiozza: Exactamente eso quiero decir. Yo digo lo siguiente. Vos estás durmiendo y de pronto te despertás dentro de un sueño. ¿Por qué te despertaste? Porque el sueño no cumplió su función. Eso que estás recordando, que vos lo vas a llamar “sueño”, es una pesadilla. Si hubiera sido un sueño, hubieras seguido durmiendo y nunca te lo hubieras acordado. Esto es lo que me parece a mí que debe ser así, que no te podés acordar un sueño, si no es que se interrumpió de alguna manera tu dormir. Y que lo que vos recordás es ese resto de un sueño fallido. Me parece a mí, insisto, es una reflexión, habrá que seguirla investigando, me parece.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, en realidad es una cuestión un poco de nomenclatura. O sea, Freud considera que la censura modifica los contenidos del sueño a los fines de engañar a la consciencia onírica y, normalmente, después de eso, uno no recordaría nada. El hecho de que uno recuerde un par de cosas indica un cierto fracaso. Entonces, los sueños que recordamos, ya contiene un cierto fracaso de la censura.

Dr. Luis Chiozza: Exactamente.

Dr. Gustavo Chiozza: Lo que llama Freud “pesadilla” son los que nos despiertan, porque están los sueños que recordamos sin que nos despierten, es decir, suena el despertador y nos despertamos porque sonó el despertador. Y, por ejemplo, tenemos la sensación de que estábamos soñando y todavía recordamos unos jirones que la censura, dice Freud, va a ir atrapando durante el día hasta llevárselos todos. Y los que se fijan, se fijan porque ya uno los recuerda con la consciencia de vigilia, y entonces queda solamente eso que uno fijó. Otras veces uno se despierta y no tiene consciencia de haber estado soñando y de repente con algo que sucede en el día, que uno puede o no identificar, de pronto le viene la memoria de un sueño que cree haber soñado esa noche, es otra vez esta cuestión. Teóricamente, como Freud lo explica, es como si... la función de la censura sería llegar a la consciencia onírica, pero no a la de vigilia. Y la pesadilla es el fracaso inmediato, que implica despertarse. Bueno, después, en el análisis de la película “Abre los ojos” yo también hago una interpretación del sentido de la pesadilla, como si de alguna manera fuera una cuota de cuan eficaces hemos sido en el trato con la realidad. Cuando en la realidad estamos muy frustrados, es como si la pesadilla dijera en lugar de soñar, despertáte y andá a hacer lo que falta, y en cambio, cuando no nos despertamos, es como si el sueño dijera lo que falta se puede recrear porque ya va a venir.

Dr. Luis Chiozza: Sí, yo pienso que, si tenemos en cuenta el concepto de Weizsäcker, de que el cerebro no descansa y que el sueño es un rendimiento, donde está cerrado por inventario o cerrado por balance, evidentemente, si el sueño cumple con su balance, todo desaparece en lo inconsciente y sino estos restos que se recuerdan del sueño creo que son los que no se pudieron procesar adecuadamente. Por eso me parece que pensarlo de este modo acuerda con la idea de Weizsäcker de que el sueño no es, bueno, el mismo Freud lo dice ¿no? no es un descanso, es un acomodar las experiencias y procesarlas y colocarlas. Por eso me parece que la idea de “cerrado por balance” es la idea clara de lo que es el rendimiento del sueño.

Dr. Gustavo Chiozza: Bueno, con esta cuestión del sueño, ahí se ve muy claro, cómo a partir de un evento que acontece en la vida anímica consciente -que es el sueño-, uno hace toda una teoría que supuestamente ocurrió antes. Y, de hecho, uno tiene la sensación de que soñé y de que soñé anoche, cuando dormía, pero en realidad uno no tiene ninguna constatación de que soñó cuando dormía, uno acaba de recordar un sueño y todo lo demás sería indiferenciable del sueño diurno, si no fuera porque uno lo atribuye a esa cuestión. Y entonces, cuando uno imagina una serie de procesos, el motor del sueño, el resto diurno, el trabajo del sueño, la censura onírica, la consciencia onírica, es otra vez toda una teoría y a veces uno de veras cree que esas cuestiones ocurrieron en algún lugar y que esto es el resultado de eso que ocurrió. Pero en realidad todo eso es una explicación para esto que ocurrió y lo único que sabemos es esto que ocurrió ¿no?

Dr. Luis Chiozza: Bueno, si a eso le agregamos lo que sucede con la memoria, todavía es más interesante. Porque es muy común porque alguien recuerde algo que no sucedió y que esté convencido de que sucedió. Y si eso sucede con la memoria por qué no va a poder ocurrir con otro elemento psíquico que uno recuerda. De hecho, cuando una persona cuenta un sueño, ya lo sabemos desde Freud, en el momento de relatarlo hace una elaboración secundaria, es decir que ya lo está completamente deformando. Así que, en realidad es un proceso bastante más misterioso. Una cosa es lo que está ocurriendo en este momento cuando yo creo recordar un sueño y otra cosa es lo que sucedió.

Dr. Gustavo Chiozza: Nietzsche lo dice, dice: “La memoria dice ‘ocurrió esto’, la consciencia dice ‘no, no puede haber sucedido’, y la memoria cede”.

Dra. María Adamo: Aprovecho, ya que queda poquito tiempo, quería volver a preguntar algo en relación con el análisis de supervisión. Cuando usted decía esto de que da lo mismo qué paciente trae el supervisado, porque el supervisado siempre es el mismo. Porque me cuesta terminar de creerlo. Mi primera impresión es decir bueno, pero cada paciente es distinto y al analista que va a supervisar se le juega con cada paciente un aspecto de su carácter, pero supongo que en la supervisión se pondrá en juego lo que todo eso que tienen en común, ¿no? pero al mismo tiempo uno a veces siente que uno ve distintas temáticas con distintos pacientes. Entonces bueno, esta cuestión que todavía me cuesta terminar de aprehenderla bien.

Dr. Luis Chiozza: Sí, tenés razón también. No se puede decir de nada que es absolutamente cierto. También tenés razón, ¿por qué no? ¿Por qué no podría suceder que ese mismo supervisado, a través de un distinto paciente que trae, está trayendo algo que de otro modo es más difícil de ver? ¿Por qué no? Es decir, todo todo lo que decimos, inmediatamente lo podemos corregir. Por eso es importante darse cuenta que, cuando uno piensa un pensamiento que cree que es verdadero, uno lo tiene que exprimir todo lo que puede y, cuando lo exprime, va a llegar a un punto en que empieza a fallar. Ahí tiene la posibilidad de hacer nuevas adquisiciones, a través de relativizar lo que acaba de afirmar. Y después con la mentira va a pasar exactamente lo mismo, si uno exprime y exprime el decir no es verdad, llega un momento que también la mentira... al fin y al cabo una mentira es la enunciación de una verdad diferente y, por lo tanto, se le aplica a esa verdad diferente lo mismo que la anterior verdad: tiene su límite. La idea es que antes de abandonar un pensamiento que considero verdadero, tengo que sacarle todo el jugo posible. Recién después voy a empezar a decir ya más que esto no da.

Dr. Gustavo Chiozza: Bueno, hay un aspecto en el cual uno le puede sacar el jugo a un pensamiento que no es exactamente y completamente verdadero, pero creo que también, independientemente de si uno terminó o no terminó de sacarle el jugo, tener consciencia de que eso no es *del todo* verdadero, también ayuda a que la parte que no es verdadera no nos distorsione y nos lleve a conclusiones que son erradas. Entonces, por eso está bueno fijar una invariancia y decir el supervisado es siempre el mismo, siempre y cuando sepamos que en realidad esta invariancia es una teoría y en realidad no es que el supervisado sea siempre el mismo. Siempre es el mismo vínculo, porque siempre soy yo el que ve al supervisado y este vínculo igual no es solamente uno, es un vínculo absolutamente polifacético.

Dr. Luis Chiozza: Así es, y no es lo mismo el lunes que el jueves.

Dr. Gustavo Chiozza: Exactamente, y no es lo mismo si trae a este paciente o trae a este otro paciente, o si la supervisión que normalmente la hacemos los miércoles al mediodía, después de comer, la hacemos un sábado a la mañana, el vínculo está de otra manera.

Lic. Liliana Casali: Pensaba que es muy rico todo lo que estamos aprendiendo y esclareciendo en la jornada, y recordaba que una de las cosas que vos decís es la importancia de pensar bien y lo difícil de pensar bien, y que cuando un analista piensa mal, también generalmente analiza mal. Y pensaba que todas estas elaboraciones que está trayendo Gustavo, que estás trayendo vos, ayudan a entender qué sería pensar bien, donde, de alguna manera, nos vamos... o tal vez *intentando* aproximar a comprender qué sería pensar relativamente bien.

Dr. Luis Chiozza: Pensar bien es como vivir bien, si uno para vivir bien espera estar bien, uno nunca va a estar bien, nunca va a vivir bien. Lo mismo es pensar bien, uno piensa como puede, uno trata de pensar mejor, pero uno sabe que todo tiene su límite y que el proceso es interminable. Eso tiene en cierto modo algo que, según como lo miremos, es una buena noticia, significa que uno está abierto a lo que puede sentir como novedad. Si uno tuviera las verdades definitivas, se detendría en su proceso de pensamiento, y no es así. En realidad, tenemos la clara noción de que es así, cuando dijimos hace poco que nosotros pensamos que el psicoanálisis ha progresado, ha progresado porque estamos todos metidos en este proceso de que estamos pensando y repensando, sino qué sentido tendría que nos reunamos acá, si no fuera que de acá vamos a salir un poco diferentes. Y bueno, me parece que eso es una buena noticia en cierto modo ¿no? esa posibilidad.

Dr. Gustavo Chiozza: Hay una cosa que me parece importantísima, junto y vinculada a este tema de pensar bien y pensar mal, que tiene que ver con que también es importante darse cuenta de que le ponemos el rótulo de pensar a cosas que no son pensar, y que solemos decir yo pienso esto cuando no es algo que yo he pensado, sino que es algo que he escuchado y que repito. Y creo que esto no se incluye en el pensar mal, porque ni siquiera es pensar, pero es importantísimo determinar si es algo que pensé o no pensé, más allá de si lo pensé mal o lo pensé bien. Entonces yo pienso que el gobierno no debería emitir moneda ¿Yo pienso eso? Yo escuché eso y me pareció convincente, pero no me he detenido a pensar, no he hecho un análisis de la cuestión, o sea que ni siquiera es pensar mal es no pensar. Y, en los días que corren, es impresionante lo que sucede con esta cuestión, porque nadie está dispuesto a decir no pienso. Entonces todos tienen que tener una opinión sobre algo y entonces esto lleva a pensar que pensamos cosas que no hemos pensado, y no es que no hemos pensado en el

pasado, sino que tampoco estamos pensando en el presente, ¿no? Entonces antes de decir pienso bien o pienso mal, primero hay que preguntarse si pienso.

Dr. Luis Chiozza: Sí, es más, tengo pensado escribir sobre opinión y ambigüedad, que son dos cosas antagónicas. La ambigüedad es puede ser esto y también lo contrario, y la opinión es doxa, es establecer un juicio definitivo. A mí me parece que lo que decís es muy cierto y volvemos al problema de la cita. Cuando nosotros citamos, se justifica citar, justamente, porque estamos diciendo, yo no lo puedo decir tan bien como lo dice Bateson, por lo tanto lo cito a Bateson para que ustedes me ayuden a entenderlo. Si realmente lo entiendo bien, lo incorporo de tal manera, que ya ni me acuerdo que lo dijo Bateson. Por eso yo decía esta mañana que estamos llenos de Freud, en la medida en que lo entendemos, no lo citamos a Freud y lo hacemos a cada rato. Y, en la medida en que lo citamos, es en la medida en que no terminamos de entenderlo, a ver si citándolo y discutiendo la cita podemos extraerle un poco más de jugo. A mí me parece que este tema de la cita es muy importante, me parece que cuando uno cita un autor es porque uno está pidiendo que el que nos lee nos ayude a sacarle el jugo a eso que estamos citando y no nos sentimos a la altura de lo que citamos, por eso usamos las palabras de otro. Yo estoy seguro de que, en la medida en que nosotros estamos circunstanciados y hemos entendido bien un pensamiento, ya desaparece la cita, de alguna manera forma parte del acervo común.

Gustavo Chiozza: Bueno también hay una función de la cita en el sentido de buscar un aval, ¿no? Por ejemplo, cuando vos decías Freud dice que se repite para no recordar, pero muy enfáticamente dice que esa repetición es una reedición. Ahí lo que vos estás queriendo decir es estar buscando un aval, no es algo que digo yo es algo que dice Freud.

Dr. Luis Chiozza: ¿Y por qué busco el aval? Porque no estoy seguro. Sino no busco el aval, sino sencillamente lo digo como si dijera llueve y está lloviendo.

Dr. Gustavo Chiozza: Claro, pero no estás diciendo por qué será que Freud dice con tanto énfasis que es una reedición, esto no lo entiendo a ver si me ayudan a entenderlo.

Dr. Luis Chiozza: No lo digo porque no lo hago consciente, pero yo creo que cuando yo busco el aval de Freud... Mirá, es muy interesante, porque cuando a mi amigo Adolfo Camberos le mandé el libro *¿Por qué nos equivocamos?*, estaba lleno de citas de Freud. Y me dijo ¿por qué tanto citar a Freud, por qué no decís vos directamente lo que pensás? Y yo entiendo lo que él quiere decir, porque él parte de otra idea, él parte de la idea de que lo que has incorporado como cierto, no necesitás el aval. Yo me la paso citando, pero reconozco que si yo lo tengo que citar a Porchia es porque no lo hice definitivamente mío, es como si dijera miren, no lo digo yo, ¿eh? lo dice Porchia. Pero ¿por qué tengo que decir lo dice Porchia, si no es porque, de alguna manera, me tengo que apoyar en él, porque *dudo* de alguna manera de que lo que digo vaya a ser aceptado si no lo pongo a Porchia? Me parece que este es un tema muy interesante. Y con esto no quiero decir que estoy en contra de las citas, no, al contrario, estoy diciendo que cumplen esa función, la función de decir él lo dice mejor que yo, yo no termino de decirlo tan bien como lo dice Bateson.

Dra. María Adamo: Yo me acordaba que Weizsäcker empieza la *Patosofía* diciendo este libro no tiene justificación, no voy a justificar lo que voy a decir acá, porque una justificación no es posible, algo así. Pensaba si esto no tendrá que ver, como si él dijera voy a decir lo que pienso

sin apoyarme en otras argumentaciones o justificaciones previas, sino directamente traer esto que para él condensaba lo que él había llegado a pensar.

Dr. Luis Chiozza: El tema de Weizsäcker es un tema muy enigmático ¿no? Weizsäcker ha escrito siempre más para sus maestros que para los demás, y no ha generado discípulos, no ha generado una escuela. Es muy interesante, da la impresión de que Weizsäcker siempre estuviera dialogando con sus maestros, con von Krehl, con los maestros de filosofía, con Kant, y que escribe para ellos. Yo me doy cuenta de que cuando escribí *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* también lo escribí así, lo escribí para mis maestros, para obtener la aprobación de ellos y no lo escribí para comunicarme, sencillamente, y decir lo que pensaba. Pero son cosas que marcan distintos momentos de la vida también, ¿no?

Dr. Gustavo Chiozza: ¿Y qué pasa si lo que pensás es que lo que Freud quiso decir es tal cosa y no tal otra? Ahí no tenés más remedio que citarlo.

Dr. Luis Chiozza: Sí es cierto no tengo más remedio que citarlo, pero importa porque estoy hablando con alguien, que yo supongo que le importa que hablemos de Freud, pero entonces yo no estoy hablando de lo que tengo entre pecho y espalda y necesito decir, estoy hablando con alguien que me está pidiendo hablemos de Freud, y bueno y yo le voy a decir Freud dice esto, yo pienso que dice esto, no yo pienso que dice lo contrario pero los dos estamos hablando de Freud, porque de alguna manera tenemos que hablar de Freud porque uno de los dos quiere que hablemos de Freud. Pero si yo tengo algo que decir y estoy convencido de que tengo algo que decir, lo diré y veré si es mal recibido, bien recibido, pero lo tengo que decir porque lo siento. Esto es muy interesante porque este problema no lo tienen los literatos, porque cuando un tipo como Dostoievski, como Simenon escribe, el tipo escribe para decir lo que tiene entre pecho y espalda y no le importa si van a estar de acuerdo o no van a estar de acuerdo, él dice lo que él piensa y esto lo que me pedía Camberos que hiciera, yo lo entendí porque de alguna manera Camberos era muy así, pero bueno yo estaba metido en la idea de, no no esto lo pienso yo, yo cito a Freud porque lo dice Freud.

Dr. Gustavo Chiozza: Te cambio la pregunta, vos escribís y decís esto es lo que yo pienso, pero si lo escribís es porque te interesa decirle a alguien lo que vos pensás

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Y te interesa comunicarte con alguien

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: y entre todas esas personas con las que vos te querés comunicar, ¿sí? Muchas existen en la realidad concreta, muchas existen adentro tuyo como objetos, entre esas personas más significativas, obviamente vamos a poner a los padres y qué se yo y entre esas personas lo podríamos poner a Freud, entonces a mí me gustaría saber qué piensa Freud de lo que yo pienso ¿sí?

Dr. Luis Chiozza: A mí también

Dr. Gustavo Chiozza: De una materia común

Dr. Luis Chiozza: Y me gustaría saber lo que piensa Ortega

Dr. Gustavo Chiozza: Ok, entonces

Dr. Luis Chiozza: Pero ¿sabés qué? No está.

Dr. Gustavo Chiozza: Dejá que termine

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Entonces si yo mañana encuentro una carta de Freud que le escribió a Fliess que dice que los trastornos orgánicos son fantasías inconscientes específicas, yo digo ¡guau! ¿no? Y entonces de alguna manera quiero comunicar este acuerdo ¿se entiende? Entonces ahí lo estaría citando no porque no lo entienda sino porque de alguna manera se produce un acto de comunicación

Dr. Luis Chiozza: Yo no diría que es un acto de comunicación, yo diría que es un acto de aval es como si yo dijera no soy yo sólo que lo piensa mirá acá hay otro que es Freud que es un tipo importante que piensa lo mismo, yo creo que parte de ahí, sino sencillamente...a ver, suponéte que yo te digo que me gusta el tabaco 965, yo digo que me gusta el tabaco 965, no digo que el tabaco 965 está considerado entre los mejores tabacos que hizo la Dunhill, yo te digo que me gusta el tabaco 965, vos dirás a mí no, y bueno a mí sí y se terminó. Pero yo digo que cuando yo pienso honestamente, auténticamente sin necesidad de buscar avales, no necesito ir a buscarlo a Freud, no porque lo repudie, de ninguna manera, sino porque me hago cargo de la cuestión, porque sencillamente estoy expresando lo que pienso, lo que siento y la cosa termina ahí, y sobre todo cuando uno empieza a pensar como Bateson, que las ideas que hoy son yo mañana pueden ser usted, y que yo no soy más que una antena, que como dice Porchia, y lo cito, me hicieron de cien años unos minutos que se quedaron conmigo, no cien años. Y conmigo se quedaron estos minutos y con vos se quedaron estos minutos y con él se quedaron estos minutos y con ella se quedaron estos minutos.

Dr. Gustavo Chiozza: Ahora por ejemplo en el seminario con Green en el 89, me acuerdo que Abadi también te decía

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Qué importa si lo dijo Freud, decílo vos y listo

Dr. Luis Chiozza: Sí

Gustavo Chiozza: Yo no tengo problema en decirlo yo

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: El problema es que lo que yo tengo para decir es que yo creo que esto lo dice Freud

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Y yo lo que quiero decir es que esto lo dice Freud ... la verdad es que lo que yo creo es que lo dice Freud, y que yo lo escuché de Freud.

Dr. Luis Chiozza: Es cierto, pero a mí me dijo mi hijo Gustavo, me quedé pensando que yo no debería decir, porque mi hijo Gustavo dijo yo no pienso que lo dice Freud

Dr. Gustavo Chiozza: Estoy acá me podés hablar directo.

Dr. Luis Chiozza: Sí ya lo sé, pero te estoy diciendo que importa que vos dijiste y yo me quedé pensando lo que vos dijiste, vos dijiste yo pienso que esto lo dice Chiozza no lo dice Freud y Chiozza insiste en que lo dice Freud, y yo me quedé pensando y dije, pero ¿por qué insisto que lo dice Freud?, ¿qué es esto que yo no le quiero robar nada a Freud?, mentira, yo insisto que lo dice Freud porque todavía estoy buscando el aval.

Dr. Gustavo Chiozza: Está bien, pero si vos crees que lo dice Freud...yo creo que no lo dice Freud, ahora porque es ese ejemplo, pero si yo dijera existe la sexualidad infantil, ¿esto lo decís vos? No, esto lo dice Freud

Dr. Luis Chiozza: Si ya sé

Dr. Gustavo Chiozza: Si cambiara el ejemplo, no estoy poniendo el ejemplo este que yo pienso que lo decías vos y vos pensás que lo dice Freud, si vos pensás que lo dice Freud vos decís

Dr. Luis Chiozza: Sí, pero yo seguí pensando ¿no? Como dijiste vos, seguí pensando, pero si Freud lo dijo, ¿por qué no lo dijo más claro?, y no lo dijo más claro

Dr. Gustavo Chiozza: Está bien, pero ese es otra cuestión, porque si vos ahora pensás distinto de lo que pensabas antes, está bien que digas lo que pensás ahora

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Pero yo quiero poner el ejemplo si vos pensás que una cosa la dice Freud, por qué vas a decir no la dice Freud, la digo yo, vos lo que decías en ese momento

Dr. Luis Chiozza: Porque cuando digo la digo yo, no me estoy asumiendo la autoría, estoy diciendo me hago cargo de decir esto, soy un representante de esta idea, porque las ideas no son de nadie, este es el punto que está en el fondo del asunto, es decir me tocó a mí decir esto en esta circunstancia temporal, si yo hubiera nacido diez años antes o cincuenta años antes, el *Psicoanálisis de los Trastornos Hepáticos* lo hubiera escrito otro, cincuenta años después tampoco, es decir esta idea cada vez me seduce más y la comprendo en función de otras ideas, las ideas están ahí como el continente americano que lo descubrió Colón porque coincidió, porque si Colón nacía cincuenta años antes no descubriría América y si nacía cincuenta años después descubriría otro, entonces si uno lo piensa de este modo, uno cuando dice yo pienso esto, está diciendo yo me presento esta idea que me convence y que la pienso así, pero la represento no soy el autor. También se puede decir el proverbio árabe. Que como

todo proverbio puede ser verdad y si lo exprime uno dice no es tan cierto, después de dos mil años de hombres que piensan todo está dicho y lo único que se hace es repetir, obviamente es exagerado, pero algo de cierto tiene, entonces de alguna manera esto es importante porque tiene que ver con empezar a descubrir de esta idea de lo que yo llamo yo, es mi participación en algo que no soy yo, esto es lo que dice Schrödinger cuando dice, la única solución que puede resolver este dilema, yo me siento determinado por el movimiento de los átomos, pero yo me siento libre decidir hacer lo que se me viene ganas, es decir que yo soy el que determina el movimiento de los átomos, pero la única manera de decir yo de esta manera, es decir que yo me siento representante de la libertad del universo, pero ese no soy yo, ese es el yo, termina diciendo, citando a los hindúes, y dice el tipo puede entrar en el templo cuando le preguntan ¿quién eres? Soy yo, no puedes entrar, cuando él dice soy tu, ahora puedes entrar.

Dr. Gustavo Chiozza: Entonces habría dos funciones en la cita que hemos mencionado

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Una es yo cito algo porque no lo termino de entender

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: Y otra cuestión es cito algo, porque no es que no lo termino de entender sino que de alguna manera es algo que cómo decir...

Dr. Luis Chiozza: Sí, ya sé, como aval

Dr. Gustavo Chiozza: Claro, claro como aval y que uno dice no solamente yo lo pienso, también lo piensa este.

Dr. Luis Chiozza: Claro, pero yo creo que ambas confluyen, que como yo lo cito como aval, es porque yo pienso que no lo termino de entender, que él lo dice mejor, que yo no lo termino de entender y que, de alguna manera, la prueba de que es cierto, la tiene que buscar en Bateson, no en mí. Yo creo que la cosa va por ahí.

Dr. Gustavo Chiozza: Yo veo como una cierta diferencia ¿no? A lo mejor es lo mismo y yo todavía no lo estoy entendiendo bien, yo veo una diferencia en la siguiente cuestión, supónete, este autor dice esta cuestión, yo no estoy seguro de entender del todo por qué dice esto, me parece que lo agarro y se me escapa, y entonces lo cito, también como una manera de retenerlo, a ver si alguien me ayuda a terminar de entender esto que este tipo dice.

Dr. Gustavo Chiozza: La otra cuestión es, yo entiendo esta cuestión, que me parece completamente sorprendente ni yo mismo termino de entender sus alcances, pero entiendo la cuestión y creo ver en otro una cita que corresponde a la misma cuestión. Pero entonces yo estoy sorprendido por este pensamiento porque me trasciende obviamente a lo que yo llego y entonces yo cito a otro que también lo ve

Dr. Luis Chiozza: Sí

Dr. Gustavo Chiozza: pero ahí es como si la duda yo la tuviera con el pensamiento y la otra cosa la duda la tuviera con el autor

Dr. Luis Chiozza: En realidad la duda la tengo conmigo, porque es como si yo veo un plato volador y después le digo a ella yo no veo nada, entonces voy a buscarlo a él a ver si él vé, pero en realidad yo ya estoy dudando de lo que veo, esto me parece que confluyen en esa cuestión, y me parece especialmente importante porque esto tiene que ver con otro tema que cada vez que lo digo se presta para el malentendido, yo insisto en que no hay ni méritos ni culpas y si hubiera uno, uno tendría que hacerse cargo de los otros. No es lo que abunda, lo que abunda es las culpas son de los demás y los méritos son míos, y esto no puede ser, qué mérito puede haber en una persona, por ejemplo supónganse que ustedes van a decir que yo soy un hombre muy inteligente y que eso es un mérito y yo digo a ver, veamos el origen de mi inteligencia, es algo que decidí yo es algo que me sucedió, pero bueno vos podrías haber usado la inteligencia, además de inteligente sos estudioso, ah pero también con el estudio se puede decir lo mismo, también soy estudioso por una serie de circunstancias que yo no decidí voluntariamente. Cuando nosotros empezamos a darnos cuenta de que estamos metidos como un nudo adentro de una red complejísima, nos damos cuenta que es absurdo pensar que nosotros tenemos méritos o culpas, nosotros de alguna manera, una cosa es que nos hagamos responsables, pero responsable, no es ser responsable de lo que hice, responsable es responder por todo lo que puedo, lo hay hecho yo, lo haya hecho cualquiera, si a mí se me cae el lápiz al suelo y viene alguien y lo recoge, ese se hizo responsable pero no porque lo tiró él sencillamente porque puede, entonces una cosa es la responsabilidad y otra cosa es la culpa o el mérito, a mí me parece que esto es muy importante una vez que empezamos a ver como formamos parte de un ecosistema complejísimo, hay cosas que terminan en circunstancias que... de una organización complejísima y misteriosa... uno dice pero yo soy, es decir, a ver como dice Kant , dos cosas me conmueven el imperativo categórico, que no es otra cosa que la relación con el superyó y con el deber, y la magnitud del cielo estrellado, a mí me parece que si lo entiendo bien, Kant se está refiriendo a esta sensación que uno es una bizma de polvo en el Universo, bueno después claro uno piensa toda la importancia que tienen los hijos, la familia, los chicos, los seres queridos, todo esto forma parte de la urdimbre afectiva dentro de la cual uno vive, en fin realmente es un tema fascinante.
Bueno muchísimas gracias.