

REUNIONES CIENTÍFICAS DE LOS DÍAS VIERNES

Jornada: “Técnica psicoanalítica”

Fecha: viernes 16 de agosto de 2024

Dr. Luis Chiozza: Bueno, me parece que la mejor manera de conversar sobre técnica es que empecemos con que cada cual exprese lo que quiera preguntar, lo que quiera opinar, lo que desee profundizar, y de ese modo iremos progresando.

Lic. Liliana Casali: Bueno, para empezar, una reflexión, una inquietud acerca de cómo aprendemos y enseñamos a psicoanalizar, porque, bueno, a raíz del último trabajo, sobre el tema del valor de la intuición y la importancia de esto en nuestra tarea, surgió también la cuestión de que no siempre las intuiciones son certeras y eso me hizo pensar en el tema de la contratransferencia y en cómo podemos tener contratransferencias adecuadas y también contratransferencias que son inadecuadas. Entonces me fui a revisar a Racker, que tiene esos dos ejemplos tan buenos, donde habla del analista que tiene rasgos masoquistas y el analista que tiene rasgos maníacos, y cómo eso le impide comprender bien al paciente y también le dificulta el contacto con el paciente. Y entonces pensaba en esto y, bueno, siempre hablamos del análisis de supervisión como algo donde buscamos los puntos de urgencia compartidos y pensaba si esto que dice Racker está contemplado en esta idea, si hay algo más y bueno quería introducir un poco este tema. Gracias.

Lic. Mirta Dayen: Bueno, yo desde el comienzo de la semana me preguntaba cómo iría a desarrollarse esta jornada, que en principio es diferente a otras -es viernes a la noche, las últimas fueron día sábado-, pensaba qué temas surgirían. Desde el planteo de la hipótesis holográfica hay mucha novedad, mucho cambio, pero siempre hay temas pendientes que me imaginé que surgirían, como el tema de la atención por vía remota, el tema de los honorarios, en fin. Pero a mí se me despertó recién hoy una inquietud, tal vez por una conversación que teníamos ayer con Liliana, y lo que ella planteó ahora creo me dio pie para plantear lo siguiente, como tema general para conversar. En las últimas reuniones de los jueves, en los seminarios de los jueves y también en los grupos de supervisión -tengo entendido-, surge bastante a menudo el tema de una defensa muy específica del paciente, que es, frente a alguna interpretación, disociarse y entonces aliarse con el analista, como si el paciente fuera el que está en el diván, pero entonces el paciente que tenemos ahí está junto al analista hablando de ese paciente que está en el diván. Y hace un tiempo me vengo preguntando cuál es nuestra herramienta de trabajo. Siempre decimos “la contratransferencia”, yo no sé si se puede decir de esta otra manera, que es nuestra madurez emocional, aquello que hemos alcanzado, es decir, nuestra propia evolución. Y no hay duda porque, por otro lado, de qué otra manera sería. Pero esto mismo hoy a la mañana se me presentó como este interrogante: si, así como hablamos del paciente que se disocia defensivamente frente a una interpretación del analista y se coloca él en analista, digamos, si el analista, también defensivamente, para no

conectarse con lo que está sintiendo, no hace una disociación. Por supuesto, ya no estoy hablando de la disociación instrumental para contemplar qué sucede en el vínculo, sino esa otra disociación que llevaría por ejemplo a intelectualizar, defendiéndose de lo que se está sintiendo ahí, en el vínculo. Bueno, esta es la inquietud que planteo para compartir. Gracias.

Lic. Silvana Aizenberg: Como Liliana comenzó con el tema de la contratransferencia, también a mí me surgía la cuestión de, bueno, sabemos que la contratransferencia es un instrumento técnico, sabemos que la contratransferencia surge en el vínculo entre paciente y analista, pero generalmente, cuando se habla de contratransferencia, es difícil ubicar bien qué es la contratransferencia. Por ejemplo, a veces no se distingue bien atención flotante de contratransferencia, por así decir. Esta es una cuestión. Y, bueno, en fin, comento esto porque tanto Mirta como Liliana hablaron de contratransferencia, quise decir que yo también pensé en el tema y en la dificultad a veces... porque todos decimos, para interpretar hay que auscultar la contratransferencia o procesar la contratransferencia, pero después la cuestión no es tan sencilla de llevar a la práctica.

Lic. Gloria Schejtman: Bueno, también, como Mirta, pensé en que temas surgirían y cuáles son los temas más centrales o candentes o que venimos hablando últimamente y cuáles son algunos otros que por ahí se nos van ocurriendo. Yo quería retomar el tema del analista como personaje, porque me traía duda. Por ahí me genera menos duda o creo que lo comprendo más al paciente como personaje, digamos, ha hablado el Dr. Chiozza de Edipo, Prometeo, Narciso. Pero se me hace más intrigante el tema del analista como personaje. Yo me preguntaba si es inevitable en algún punto; pensaba si es una contrarresistencia del analista; pensaba si de alguna manera es lo contrario a ser el personaje inesperado. Es decir, no tengo respuestas, se me planteaban estos interrogantes como para abrir este tema que me parecía interesante. Otro tema que también me surgió es que algo que no sé bien cómo plantearlo, pero a veces decimos que es necesario ubicarnos y ubicar al paciente en la realidad, también a veces hablamos del tema de la sensatez, pero de pronto dije, pero ¿y cómo es este tema conectado con el tema de la realidad psíquica? Pienso que son maneras de conceptualizar, pero se me hizo un poco una duda con respecto a cómo es este tema, ¿no? Decimos, bueno, el tema es la realidad psíquica, a partir de conceptos de Freud, pero también, últimamente, venimos diciendo esto de la realidad, de la sensatez, y se me armaba por ahí una cuestión que no es contradictoria, sino que me parece que es más bien modos de llamarlo o conceptualizar. Bueno, por ahora, estos comentarios.

Dr. Gustavo Chiozza: Quería referirme a una cosa que dijo Liliana y otra que dijo Silvana. Cuando Liliana mencionaba esta cuestión de Racker, de los rasgos masoquistas y maníacos del analista que dificultan la comprensión del paciente, en un trabajo de contratransferencia, que escribí creo que por el año 1998, yo plantaba que había una diferencia entre el concepto de contratransferencia de Racker y de Chiozza. Si bien, con cierta prudencia, porque Racker es un autor que valoro mucho, pero lo que él dice no es exactamente lo mismo que dice Chiozza, por ejemplo, cuando habla de los

puntos de urgencia compartidos. Y en esto que vos citas, justamente, es una de las cuestiones donde... Racker dice que la contratransferencia dificulta la exacta inteligencia de la comprensión del paciente. Entonces, si el analista tiene rasgos maníacos, no puede entender bien al paciente y si tiene rasgos masoquistas, tampoco puede entender bien al paciente. Pero está la idea de que se lo puede entender bien al paciente. Y entender bien es entender *objetivamente*. El concepto que plantea Chiozza de los puntos de urgencia compartidos es un concepto mucho más interesante, mucho más profundo, mucho más moderno, mucho más relativo. Porque la idea de los puntos de urgencia compartidos nos lleva a comprender que no hay un paciente que se pueda *objetivar* y decir "a este le pasa esto", independientemente de quien dice qué es lo que le pasa. Entonces, el analista que tiene rasgos masoquistas entenderá a partir de sus rasgos masoquistas y el que tiene rasgos maníacos, a partir de rasgos maníacos, pero como no hay un analista que no tenga ningún rasgo, cada uno lo entenderá desde sus rasgos, los rasgos del paciente. Y esto es todo lo que tenemos, ¿no? Entonces, cuando Racker dice que la verdadera objetividad surge de ser consciente de la subjetividad, no es lo mismo que decir: la objetividad es imposible. Parecería como que, si yo soy consciente de mi parte subjetiva, puedo llegar a la objetividad. No creo -y en el trabajo lo pongo así- que Racker *pensara* eso, pero lo escribo de esa manera, se desliza de esa manera y la mayoría de la gente lo entiende de esa manera. Entonces es como que si, de alguna manera, nos quedáramos con la idea de que, si tenemos rasgos neuróticos, no podemos entender bien al paciente. Lo cual, coincido, el problema de tener rasgos neuróticos va mucho más allá de no entender bien al paciente y uno debería tratar de ser lo menos neurótico posible por otros motivos que no son entender al paciente, pero, de todas maneras, lo que uno analiza, como dice muy bien Chiozza y ustedes lo saben esto, pero es como si estuviera este saber, por un lado, lo que decimos de Racker por el otro, y estuviera todo en plano de igualdad y la verdad es que hay una diferencia entre ambas cosas. La otra cuestión que quería mencionar es cuando Silvana decía que no sabemos bien que es la contratransferencia o que nos confundimos. Bueno, no sé si no sabemos bien y si nos confundimos, pero hay una cuestión que a mí me parece importante subrayar, en algún momento nos preguntamos si, cuando López Ballesteros traducía la idea de "transferencias recíprocas", si esa no sería una mejor designación, y desde un punto de vista sí es más real, porque justamente con esto mismo que estoy diciendo de los puntos de urgencia compartidos, de alguna manera son transferencias recíprocas. Pero, de todas maneras, yo pienso que la idea de hablar de contratransferencia tiene una utilidad, que es que nosotros, artificialmente, ubicamos la contratransferencia *después* de la transferencia y entonces, en la medida en que la contratransferencia, artificialmente, la consideramos una respuesta a la transferencia, entonces, es como si nosotros utilizáramos la contratransferencia para comprender la transferencia. Y esto, en la medida en que lo utilizamos de esta manera, le damos este valor, que sí empezó a señalar Racker, de instrumento. Porque en la época de Racker -y esto todavía sigue siendo vigente en cada uno de nosotros a pesar de lo que hemos aprendido- la reacción más automática es que lo que sentimos frente al paciente es producto de nuestra propia forma de ser y de nuestra propia neurosis, lo cual está bien y es cierto, pero nosotros pensamos que eso está mal. Y ahí volvemos a la idea esta que ya trae Racker, y entonces es como si

uno dijera que “si yo no fuera tan neurótico, no sentiría esto, entonces esto es un problema mío y esto yo lo tengo que sacar del análisis, después lo resolveré en mí análisis, pero esto me perturba la comprensión”. Por ejemplo, si, cuando el paciente está hablando, yo tengo miedo de que vaya a querer dejar el análisis, lo cual me coloca a mí en un problema -en mi autoestima, en mi economía o en lo que fuera-, entonces yo pienso “este es un problema mío”, esto yo lo tengo que sacar de la sesión y decir esto después lo tendría que resolver por otro lado, no me puedo dejar influenciar por esto. Y esto no es lo que plantea Racker cuando dice hacer de la contratransferencia un instrumento. Entonces, cuando la llamamos “contratransferencia”, es como si nosotros dijéramos, acá en estos cincuenta minutos, que están pagados por el paciente, todo lo que suceda, el objetivo es entenderlo a él. Entonces, yo voy a tomar este miedo que tengo de que pueda dejar el análisis, para entender lo que le está pasando a él en el aquí y ahora conmigo, como si esto fuera *sólo* de él, artificialmente. Y por eso creo que la idea de llamarlo “contratransferencia” nos lleva a decir, bueno, el centro, el origen de la cuestión, lo que empezó, fue la transferencia. No digo que esto sea real, pero como postura operativa nos ayuda a recordar esta cuestión de que nosotros tenemos que utilizar lo que sentimos y no pensar en *nuestra* neurosis, sino en la del paciente, por decirlo de alguna manera, ¿no? Bueno quería aclarar esto.

Lic. Hilda Schupack: Bueno, cuando pensé en la jornada, primero hice como una división tipo tradicional, pensé en el encuadre y en el proceso analítico, y, dentro del proceso psicoanalítico, las interpretaciones. Pero de pronto me di cuenta de que me encuentro ante una inquietud. Los que trabajamos hace mucho tiempo tenemos una forma de trabajar, una forma de aprender muy distinta a la que estamos intentando hacer ahora. Y esto me genera una inquietud, porque muchas veces me encuentro, digamos, tratando de incorporar la nueva modalidad, pero me resulta difícil. Por ejemplo, el tema de las interpretaciones cortas, el tema de las interpretaciones ubicuas, el no entrar en el sistema del paciente, son todos temas que, para mí, que hace mucho tiempo que trabajo, me resultan a veces muy difíciles de incorporar; aunque me doy cuenta de que el resultado, el efecto, es muchísimo mejor. Pero de alguna manera yo quiero transmitir la inquietud que me generan todos estos cambios. Después hay otras cosas que son más puntuales, como por ejemplo lo del encuadre, esto que planteaba Mirta, la nueva manera de lo virtual, cómo se encara. Es decir, yo tengo la sensación de que estamos pasando por un proceso de cambio al cual tenemos que ir adaptándonos todos. Y esto me parece que, por lo menos a mí, me resulta como una inquietud. Otro de los temas es el que trajo Liliana, que es el de la contratransferencia inadecuada...

Dr. Luis Chiozza: Perdón, ¿puedo interrumpirla un minuto? Usted diría que ese proceso de cambio ¿cuándo empezó?

Lic. Hilda Schupack: Yo tengo la impresión de que hace un año, unos meses.

Dr. Luis Chiozza: Ok, adelante, no la interrumpo más.

Lic. Hilda Schupack: No es que empezó hoy, sino que es como si fuera un proceso que viene viniendo. Y que, además, es como si yo empezara a tomar

contacto con ese cambio, es como si empezó y yo no me estaba dando cuenta. Y ahora me estoy dando cuenta de la inquietud que me produce y la dificultad. Por ejemplo, esto de la contratransferencia inadecuada, cuándo y cómo intervenir. Otro tema que me resulta interesante, que usted últimamente habló algo de los recuerdos infantiles, pero le dio otra versión que yo ahora no la recuerdo. Es decir, hay muchos temas que me da la impresión de que están dichos al modelo tradicional, pero con cierto cambio que me parece importante por lo menos tratar de comprenderlo, ¿no? Por ejemplo, otro tema es el tema de la evolución del paciente, que es un tema que algunas veces he preguntado, ¿Cómo distinguimos? ¿Cómo vemos la evolución del paciente? ¿Y cómo se relaciona con la evolución del analista? Porque pensar solamente en la evolución del paciente me parece una simplificación. Para mí un tema central es este, el tema de la evolución del analista, cómo el analista va evolucionando para poder trabajar mejor y de la mejor manera, bueno, esto son algunos de los puntos que me surgieron.

Luis Chiozza: Bueno, no voy a ser hipócrita y les voy a decir que traje un trabajito, el trabajito tiene una sola página. Antes de leérselos, sin embargo, quiero decirle lo siguiente, mi pregunta de cuándo cree usted que empezó esto es intencionada y usted dijo que más o menos hace un año. Bueno, el trabajito muestra que empezó hace sesenta años. Así que les voy a leer el trabajito, que es muy cortito, que dice así. Se llama “pensar y cavilar”: “Nuestro interés en el asunto que hoy abordamos tiene un origen remoto. En 1966 escribimos ‘El uso del pensamiento lógico en la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia’. Allí partíamos de lo que señala Racker cuando se refiere a un sabio chino que, para encontrar sus perlas, mandó a todos sus sentidos y sucedió que ninguno de ellos las encontró. Pero, cuando mandó por fin a su ‘no buscar’, encontró sus perlas. Decíamos entonces que la interpretación surge como surgen los sueños y que, si no la encontramos así, desde nuestros sentimientos concordantes con los que el paciente reprime, nuestros pensamientos arrojan razones que nos alejan de lo que necesitamos. Conviene recordar las prudentes palabras de Freud con respecto a la orientación consciente de nuestros esfuerzos interpretativos. Estas son palabras de Freud: ‘puedo asegurar que nunca tenemos que arrepentirnos de habernos decidido a confiar en nuestras propias afirmaciones teóricas y habernos *forzado* a no disputar a lo inconsciente la dirección de la síntesis’. Aunque, junto con un pensar que es cómplice con la ocultación de lo reprimido, hay otro, capaz de ver desde lo racional lo que la resistencia oculta, es cierto que no alcanza con eso. Freud sostenía que lo intelectual también es un poder, pero agregaba que es de los que actúan *a la larga*. Sabemos que pensar se origina en sopesar -el pro y el contra, por ejemplo- y que hay un cavilar que alude a un pensar muy meticuloso y prolijo, pero no siempre el cavilar surge de un motivo bienintencionado y abundan las situaciones en que se utilizan pretextos para sostener un propósito. Han pasado sesenta años y este asunto, que aún perdura cuando recurrimos a interpretaciones explicativas, que conducen a pensar más que a sentir, nos conduce hacia un camino que presta muy poca atención a ese asunto siempre compartido que denominamos ‘punto de urgencia’. Explicar no es comprender, Porchia lo señala cuando dice: ‘pienso que sentir es profundo y comprender -él se refería a entender- es superficial, porque siento muchísimo y casi no comprendo’”. Bueno, a mí me parece que,

para mi gusto, no es un asunto nuevo este, pero sí es un asunto difícil, sino no haría sesenta años que estamos dando vueltas alrededor de este asunto. ¡Sesenta años! Sesenta años en los cuales nos damos cuenta de que explicar no alcanza; que muchas veces, cuando explicamos, nos estamos amparando en una especie de premio consuelo; que la verdad, el asunto deriva de ese comprender que surge de una profunda identificación y que sólo cuando el analista se siente ahí es cuando de alguna manera puede ayudar a su paciente. Por eso una vez comparamos el proceso psicoanalítico con el ajedrez. En el ajedrez se sabe mucho de las aperturas, se sabe bastante de los finales, se sabe nada del medio juego. Bueno, con el análisis yo diría que se puede hacer una cierta comparación. Tal vez no tanto sobre los finales, pero de las aperturas se sabe mucho y del medio juego se sabe poco; y en ese medio juego, es donde transcurre la parte más importante.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, yo también coincido un poco. Porque Hilda habló de cambio, después habló de interpretaciones cortas, ubicuas y no entrar en el sistema del paciente, y estas interpretaciones cortas y ubicuas y que no entran en el sistema del paciente a mí me suenan a una cosa bastante vieja, ¿no? Es decir, no por eso deja de ser difícil, pero no es que me parezca una cuestión nueva. A ver, de la manera que yo entiendo “ubicuas” y de la manera en que entiendo “cortas”. Y esto también me hizo acordar a una cosa que vos mencionaste, en las épocas en que de alguna manera estábamos trabajando con lo que en aquel entonces llamábamos “interpretar con los personajes del relato”, que después lo empezamos a llamar “interpretar la transferencia de manera indirecta”, refiriéndonos a lo mismo pero con una designación que me parece un poco mejor; y que vos decías que, cuando vos escribiste el caso Mary, en aquel momento vos seleccionaste las interpretaciones que te parecían que estaban bien hechas desde lo que vos, en ese momento, se pensaba que eran las buenas interpretaciones y que había otro montón de interpretaciones que, desde esa idea, no te parecían buenas y no las seleccionaste, pero que si ahora tuvieras otra vez todo el material en bruto, a lo mejor elegirías otras interpretaciones, y yo creo que ahí está la cuestión. El psicoanálisis no es un invento, el psicoanálisis es un descubrimiento. Quiere decir que hay una serie de procesos que son útiles y esos procesos son los que nosotros tratamos de aplicar, con algunas teorías que nos orientan, pero bastante a tuestas. Y la idea es que después uno debería reflexionar sobre qué es lo que hizo y pensar qué de todo lo que hizo es lo que resultó mejor y tratar de entender por qué, tratar de aislar lo que uno piensa que funciona y repetirlo y si, cuando uno lo aísla y lo repite, sigue funcionando, bien y si, cuando uno lo aísla y lo repite, no funciona, es que lo que funcionaba estaba en otro lado. Entonces, yo creo que siempre estamos tratando de entender mejor lo que hacemos y los que hacen las teorías de técnica, esas teorías son su modo de explicar qué es lo que ellos piensan que es lo que hacen mejor. Y muchas veces nosotros nos quedamos con la teoría y no entendimos qué es lo que él quería decir exactamente con esa teoría. Y entonces muchas veces estas palabras se nos quedan como conceptos y nos cuesta ligarlos con la verdadera realidad de lo que la persona dice “esto es lo que me daba resultado”, más allá de si su manera de aislar lo que le daba resultado estaba bien o estaba mal. Inclusive, podría ser que esté mal, podría ser que esté bien, pero encima sucede otro teléfono descompuesto que es que después uno toma el lema, y la relación entre el lema y la cosa a

uno también un poco se le escapa. Y entonces también, cuando un concepto teórico útil se gasta porque se transforma en un lema vacío, entonces es necesario reformularlo, revisitarlo, cambiarle el nombre, explicarlo de otra manera. O no sé si cambiarle el nombre, a veces se puede mantener el nombre, pero es necesario volver sobre esta cuestión, ¿no? Como esto que también decía Silvana, que hablamos un montón de la contratransferencia y muchas veces no estamos seguros de que todos estamos entendiendo lo mismo o que estamos entendiendo algo. Y no creo que... obviamente que pienso que hay analistas que trabajan mejor y hay analistas que trabajan peor, hay técnicas que me parecen mejores que otras, pero creo que, en la medida en que los pacientes vienen y siguen y continúan, si bien es cierto también que hay pactos neuróticos, creo que algo bien estamos haciendo, aunque no entendemos bien qué o cuándo y entonces a lo mejor no lo podemos hacer con toda la intensidad o con toda la frecuencia que quisiéramos, pero pienso que... no sé cómo decirlo, que no es que uno va a descubrir la pólvora y de pronto los pacientes van a andar bien muy rápido y muy fácil. Creo que el camino es siempre más o menos el mismo en ese sentido, a lo mejor estoy equivocado, pero yo no me espero que uno pueda hacer grandes diferencias.

Dr. Luis Chiozza: yo creo que, de todos modos, progresar se progresa.

Gustavo Chiozza: Sí, sí.

Dr. Luis Chiozza: Y no solamente lo pienso del psicoanálisis, pienso que la humanidad también progresa, no solo en el conocimiento, sino en la espiritualidad y que grandes desastres que ocurrían... no digo que hoy no ocurran grandes desastres, pero hay algunos que antes ocurrían y ya no ocurren más. Todavía se sigue matando a los animales como si fueran propiedades humanas, pero ya no se mata a los hombres como se los mataba antes, de pleno derecho y por gusto, como por ejemplo, en las épocas de la esclavitud. Es cierto que hay esclavitud simbólica, porque hay niños que trabajan en cosas que no deberían trabajar, pero eso de todas maneras no es lo mismo que el esclavo del cual otro ser humano era dueño, lo podía matar impunemente y nadie ni siquiera se estremecía. Eso yo creo que se ha progresado, y lo digo como símbolo, ¿no? de que, de todos modos, algún progreso hay.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, yo estoy de acuerdo, justamente creo que esto de ir aislando lo que uno piensa que funciona mejor... también es cierto que uno lee autores muy capaces y muy antiguos y que uno dice yo jamás trabajaría así, pensando que trabajar así no daría ningún resultado, pero no pienso que esos autores muy capaces y muy antiguos no tenían resultados. Entonces, en fin, quiero decir, ni tanto ni tan calvo, no es que estoy con esto refutando la idea del progreso, en la que de veras creo y creo que, si no, no valdría la pena aprender, no valdría la pena hacer seminarios, no valdría la pena hacer supervisiones y no valdría la pena reflexionar sobre lo que uno hace. En ese sentido, creo que sí, que uno puede hacerlo cada vez mejor y yo siento que en todos estos años algo he aprendido, que no soy el mismo que era. Entonces, sí, obviamente, así como uno puede progresar individualmente, también, todo el psicoanálisis puede progresar en su conjunto. Pero progresar es en este

identificar qué es lo que funciona, pero lo que funciona, funcionaba antes del psicoanálisis también, cuando decimos que el psicoanálisis es un descubrimiento y no un invento es por eso, porque a veces había conversaciones que a la gente le hacían entender cosas que no entendía o le mejoraban la vida, ponemos el ejemplo de la abuelita que comprende. Pero, claro, si uno debiera esperar a que pase toda la vida y convertirse en sabio, sin saber por qué unos se convierten en sabios y otros no, en cambio, teniendo un método, una técnica, esto es transmisible, se puede aprender y se puede mejorar, en ese sentido.

Dr. Eduardo Dayen: Yo me había quedado pensando en el tema este del progreso, en relación también con lo que planteaba o preguntaba Hilda Schupack hace un rato, acerca de si el paciente progresa o el paciente no progresa, si esto se puede medir o no se puede medir. Y me gustaría que hablemos un poco de esto porque, también un poco en relación con lo que hablabas vos hace un rato sobre el tema de que la civilización completa está progresando, ¿cómo calificar que *el paciente* progresa? Si yo pienso en el punto de urgencia compartido, si yo pienso en el trabajo que hacemos juntos, si yo pienso que, en realidad, más de una vez, por lo menos yo me he encontrado diciendo que el trabajo nuestro nos da la posibilidad de progresar junto con el paciente, porque, de no progresar nosotros, es poco probable que progrese el paciente. ¿Vale la pena dimensionar qué cambios progresivos tiene el paciente o simplemente abocarnos a trabajar cada día mejor, más allá del progreso que estemos consiguiendo o no? Me gustaría escuchar opiniones sobre esto.

Dr. Luis Chiozza: La primera opinión que vas a tener es la mía. En realidad, si no se pudiera medir, no se podría vivir. Vivimos midiendo, vivimos midiendo todo lo que hacemos y por eso no nos da lo mismo aserrín que pan rallado. Pero evidentemente estamos vivos porque distinguimos entre aserrín y pan rallado. Y, cuando distinguimos entre aserrín y pan rallado, no hacemos otra cosa que un indicio de que vivimos haciendo esas distinciones. Es cierto que te podes equivocar, justamente, esa es otra posibilidad de la cual se aprende. Pero justamente se aprende porque uno midió y se dio cuenta de que se equivocó. Esto es interesante porque en general cuando uno le señala a un paciente o a un amigo un defecto, suponiendo que uno se lo destaque de buena leche, evidentemente suele predominar el disgusto, pero en realidad, debería ser una celebración, porque ahí donde uno descubre un defecto, acaba de avanzar. A mí me parece que esto es un punto fundamental. Y estoy convencido, además, de que nosotros estamos vivos por algo que no comprendemos, en ningún momento comprendemos cómo se da esa misteriosísima conjugación de factores que hace que una cantidad de cosas lleguen en punto justo para seguir sobreviviendo. Cuando uno ve la complejidad de lo que es un mecanismo fisiológico, uno se pregunta ¿cómo pudo esto subsistir ante tantas posibilidades? Por el mero azar la cuestión no se hubiera combinado nunca así. Entonces, uno tiene la sensación de que uno vive dentro de un misterio inabarcable. Y no es nada raro esto porque cuando lo comparamos con lo que le pasa a la abeja con la colmena, nos damos cuenta de que nosotros, frente a la existencia de la vida en el planeta, somos como una abeja que no entiende nada de lo que, de alguna manera, es la inteligencia de la colmena o del hormiguero; sencillamente, hace lo suyo como

dice Porchia, hago lo que hago, para que el universal equilibrio continúe en equilibrio, pero no es que yo decido esto que hago.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, lo que vos preguntas, a mí me resulta súper interesante. Obviamente que, en un nivel muy básico, sí, yo creo que se puede identificar el progreso, determinarlo, uno piensa que lo que uno hace sirve. Pero, en un nivel muy profundo, el tema se pone muy interesante. Por empezar, una cosa es el progreso y otra es la manera en que uno lo identifica y lo mide. Son dos temas distintos y ambos muy difíciles. Por ejemplo, hay gente que mide el progreso diciendo “el paciente ahora trabaja y gana más dinero”, entiendo que vos no te referís a esto, pero pongo este ejemplo muy grosero para identificar cómo un indicativo de progreso puede ser también un tema muy difícil de determinar. Y después también está cuál es la idea de progreso, porque a veces uno tiene la idea de que... una idea como un poco esquemática y simple de que lo que no progresa, retrocede. El retroceso uno lo identifica con la enfermedad y el progreso uno lo identifica con la salud, entonces la idea es que, si uno progresa, le tiene que ir bien y no se puede enfermar. Y la vida no nos muestra esto, nos muestra que tiene altos y bajos y que, de alguna manera, por mejor que esté uno, si la ola que viene es más grande, el barco naufraga igual. Y también la vida nos muestra que a veces lo que parece ser un naufragio termina siendo un resurgimiento, como decía el dicho del sabio chino: “¡Quién sabe!”, “qué mala suerte”, “quién sabe”, “qué buena suerte”, “quién sabe”, ¿no? Porque, contempladas las cosas en un panorama mucho más amplio, a lo mejor... en un corte sagital, el paciente que se acaba de enterar que la mujer lo engañaba y ahora lo deja y está destruido y está en la lona, dos vueltas más adelante, esto terminó siendo un factor de progreso y ahora el paciente está muchísimo mejor. Y uno dice bueno, ahora si está bien, y, como el sabio chino, otra vez, otra vuelta de la vida, ¿no? Obviamente, no estoy poniendo en duda lo que hago y creo que vale la pena hacerlo, solamente quiero decir que esta cuestión termina tocando temas que son muy profundos. Y, en última instancia, a veces para saber cómo termina una historia hay que esperar a que termine. Y entonces, esto que alguna vez escribí, siguiendo la idea que trae Weizsäcker de Paracelso, de que todas las vidas duran lo mismo y que la muerte resignifica la vida y que hasta que uno no se muere, la vida no terminó y, mientras la vida no terminó, siempre se puede cambiar -para bien y para mal- y, de alguna manera, una vida que venía pareciendo brillante, de pronto entra en una fase donde todo se resignifica y ahora todo parece un desastre. Y a lo mejor si se muere ahí, te quedas con la idea de que todo fue un desastre, pero si no se muere ahí y todavía sigue, a lo mejor podría dar otra vuelta y volver... ¿no? No te contesto, estoy abriendo más profundidad a este tema que es súper interesante. Y también creo, yendo más a nuestra práctica cotidiana... no sé si esto con una validez universal, pero si con una cierta frecuencia, creo que cuando el analista se cuestiona si el paciente progresa o no progresa, si lo que hace sirve o no sirve, creo que esto es una forma de resistencia y creo que uno, de alguna manera, tiene que enfocarse en poner un pie adelante del otro y no estar mirando hacia dónde voy o a dónde llego, ¿no? O no siempre, pero...

Dr. Luis Chiozza: Bien, me anote por dos cosas y se agregó una tercera. La primera es que me parece muy interesante el concepto que todo psicoanalista

que lleva muchos años trabajando, en algún momento se ha encontrado con él y es muy impactante: la función positiva que puede llegar a tener en la vida una desgracia a tiempo, que a veces funciona como una especie de salvación. La otra cuestión, que me surgió ahora, es que es cierto esto de que preocuparse por el andamio de la cuestión que uno está haciendo -sea psicoanalizar o hacer una torta de chocolate- puede ser una forma de resistencia. E inmediatamente surge que también es cierto lo contrario, muchas veces es una forma de resistencia no hacerlo, y una cosa no debe impedir... ampararse en la primera y mantenerse siempre en la primera, sin darle lugar a la segunda. Y la última cosa que por la cual quería hablar, que me parece muy importante, es que mirando retrospectivamente lo que ha pasado, digamos, en estos sesenta años, que, por así decir, marcan toda una identificación de un movimiento dentro del psicoanálisis argentino, hay tres hipótesis fundamentales. Una, muy frecuentada durante todos estos años, que podríamos llamar la "hipótesis Prometeo", que es todo el tema de la materialización, la idealización, las relaciones entre idea y materia; y que de alguna manera fructificó en el estudio de lo que Freud llamaba "la roca viva", es decir, de tratar de buscar significados inconscientes que no estaban reprimidos porque nunca habían sido conscientes, como son las fantasías de órganos. Pero hay otras dos, que han sido mucho menos frecuentadas y de manera mucho menos explícita. Una es la que podemos llamar, para ponerle algún nombre, la "hipótesis colmena", que es este hecho de que, tanto desde el punto de vista macro, como desde el punto de vista micro, o somos integrantes de una gigantesca colmena cuyo designio ignoramos o somos la colmena de una serie de integrantes, que tienen una vida propia, similar a la que nosotros tenemos dentro del ecosistema, también tienen los microbios de nuestro intestino y no solo de nuestro intestino, sino las organelas y las mitocondrias de nuestras células también viven adentro de una especie de colmena que llamamos "organismo pluricelular". Esta es una segunda hipótesis muy importante que, también, estuvo siempre viva dentro de nuestra comunidad científica, pero que no adquirió el grado de frecuentación y consciencia de la hipótesis Prometeo. Y una tercera, a la que le puse de nombre provisorio "hipótesis holograma", no porque tenga que ver con el mecanismo de holografía, ni lo que físicamente es una holografía, sino porque el holograma da esa idea de algo inaferrable que está allí y que, de alguna manera, a uno le parece que podría agarrarlo y que, cuando se aproxima, desaparece, ¿no? Y que para mí muestra lo que yo diría que es la quintaesencia de nuestra vocación psicoanalítica, es decir que, para decirlo mal y pronto, el paciente para todo psicoanalista -lo tenga consciente o no- es una especie de holograma inaferrable que lo está representando a él y en donde él se proyecta y frente al cual, él consiente o disiente apasionadamente. Y esto me parece que es importante, porque la Hipótesis Holograma tiene que ver con todo el desarrollo de la técnica, y hacerlo más consciente puede contribuir a que nuestros procedimientos técnicos se vayan progresivamente depurando y haciéndose más eficaces. Bueno, estas tres cosas quería señalar.

Lic. Mirta Dayen: Cuando pedí la palabra era por el tema anterior, sobre el que después voy a volver, pero ahora, con respecto a esto que estás diciendo, yo pienso que, si bien desde hace sesenta años está escrito el valor que tiene en nuestro trabajo el punto del afecto y la defensa que significa el pensar

racionalmente, etcétera, con la evolución de los sesenta años y el planteo de la Hipótesis Holográfica, me parece a mí que podemos tener más consciencia de lo que eso significa. Voy a un punto, a lo que decía Gustavo, de las palabras, con qué referente las estamos usando. Porque yo te he escuchado a vos también decir: “Bueno, sí, ahora, esto estaba dicho hace sesenta años, pero no es exactamente lo mismo”. Y pasa con muchas cosas eso. Bueno, esto, por un lado. Por otro lado, quería volver porque de todas las cosas que se iban diciendo, yo también había marcado, como hizo Eduardo, el tema del progreso o la llamaba la evolución del paciente, porque a mí, escucharlo a Gustavo, me hizo relacionarlo con el tema de la complejidad, de cuán complejo que es el asunto. Y yo creo, en esencia, que puede ser tan resistencial ponerse a pensar si el paciente evolucionó o no, y progresó o no, y con qué parámetros, como no hacerlo. Entonces, claro, yo creo que tengo una asignatura pendiente en ese sentido, los colegas que han hecho la formación en la Asociación Psicoanalítica, ya desde, no solo hace sesenta años, después también, de nosotros muchos han hecho esa formación y han tenido que presentar el informe de cómo progresó el paciente en un año, en dos años, en términos de qué defensa, en términos de su neurosis, en fin. Yo eso nunca lo hice, siempre lo quise hacer, nunca me puse, tampoco lo requerimos acá en la escuela, pero creo que tiene cierto valor. Porque puede ser resistencial también *no* pensar cómo está cada uno de mis pacientes, si progresó, si está mejor, si está peor. Y claro, eso lo compromete a uno a pensar qué parámetros va a usar. Yo estoy de acuerdo con lo que decía Gustavo, no vamos a pensar si trabaja más, en términos concretos, en ese sentido, pero sí tal vez en términos de su vínculo con la realidad, en términos de su vínculo con los demás, en términos de lo que llamamos, en términos generales, “la neurosis”, en términos de cómo está, bueno, justamente, vinculándose en general. Entonces me parece que también concuerdo con la idea de que el paciente va a progresar también en la medida en que progresa su analista; ahí se nos complica con a qué llamamos el progreso del analista. Pero en las supervisiones vemos a veces, puntualmente, un punto de un paciente, hasta que el analista no lo resuelve, es difícil que el paciente lo resuelva. Pero también es cierto que uno puede ver que sus pacientes elaboran cosas que a lo mejor uno no tiene del todo resueltas. O sea, a eso me refiero con la complejidad del tema, que no creo que sea tan lineal, pero creo que sí vale la pena pensar y de vez en cuando decir: “A ver este paciente, cómo estaba cuando vino y después de diez años, veinte años, treinta años, qué pasó”, me parece. Bueno, gracias.

Dr. Gustavo Chiozza: Voy a repetir un poco lo que dije, porque temo que no haya quedado claro. Digamos, cuando yo te escucho, obviamente, la primera parte, sí, estoy de acuerdo. Pero después hay una parte que digo, pero no es tan fácil como... Pero no porque sea difícil, porque no es que el que sea difícil sea un gran problema. El tema es ¿a qué llamamos progreso y con qué fantasías identificamos...? O sea, ¿qué fantasías tenemos nosotros que creemos que se desprenden de ese progreso? Entonces, por ejemplo, una persona que, si yo te planteo, por ejemplo, tener una vida aburrida y tener una vida interesante, vos me decís: “una vida interesante”. Pero después resulta que una vida interesante puede ser una vida mucho más llena de sufrimientos y dificultades que una vida mucho más anodina, en la que no pasa nada. ¿Se entiende? Pero cada una de esas dificultades, después uno las vería como

falta de progreso y, sin embargo, en el panorama general a lo mejor eso hace de una vida... hace que la persona progrese, porque piensa más cosas, porque se enfrenta a más complejidades. Y la persona que aparentemente tiene una vida mucho más simple en la que aparentemente no pasa nada, "bueno no, porque lo tiene negado"; Sí, pero lo tiene negado él, yo tampoco lo veo, y tampoco ni se divorcia ni se pelea con la mujer, ni los hijos son drogadictos, entonces está todo bien. Y no sé si que esté todo bien es suficiente. Y tampoco sé si es que esté todo mal necesariamente es tan malo. Quiero decir, es una cuestión mucho más compleja. Obviamente que la estoy pintando en colores de mucho contraste para contrastar lo que vos decís. Pero, por ejemplo, si hace un año o dos o una semana antes, uno hubiera dicho: "La racionalización es un mecanismo de defensa", todos levantan la mano. "¿Hacer interpretaciones racionales sirve?". Todo el mundo dice que no. Pero después vos en la supervisión ves un montón de interpretaciones racionales. Entonces, sabemos que las interpretaciones racionales no sirven desde el '66' o antes; pero, después, entender qué es una interpretación racional y darse cuenta de que la interpretación que uno hace puede ser racional, por lo menos para el supervisor o para otro, es harina de otro costal. ¿Se entiende?

Dr. Luis Chiozza: Se entiende, pero no estoy de acuerdo.

Dr. Gustavo Chiozza: Ok. Bueno, esta cuestión, ¿no? Entonces probablemente todos podamos concordar muy fácilmente en que las interpretaciones racionales no sirven y después las seguimos haciendo porque no nos damos cuenta en profundidad qué son esas interpretaciones racionales.

Dr. Luis Chiozza: Dije que no estoy de acuerdo porque vos lo planteás de una manera que coincide con lo que se llama "nihilismo". Es decir, entonces ya nada se puede afirmar, todo puede ser, todo puede ser de otra manera. Yo creo que hay dos cosas que son muy importantes. Una es: si no me equivoco, no aprendo, pero si no me preocupo por no equivocarme, tampoco aprendo. Y si no descubro que me equivoco, tampoco aprendo. Eso yo creo que es una cosa importante. Y esto tiene que ver con la segunda cosa, y es que, sea todo lo dudable que sea lo que pienso, no tengo más remedio que pensar desde el escalón en donde estoy parado hoy. Y, de alguna manera, la vida no me espera, es decir, tengo que vivir de acuerdo, mejor dicho, lo voy a decir mejor: Tengo que pensar acerca de cómo vivo y vivir de acuerdo a cómo pienso. Y estas dos cosas me parecen importantes. Las logre o no las logre, yo creo que son un principio que uno lo valora, porque si no hay principios que uno valora, nada tiene sentido. Bien.

Dr. Gustavo Chiozza: Yo estoy de acuerdo, pero me parece sumamente importante que yo crea en lo que pienso, pero no es lo mismo que yo también recuerde que eso es un escalón y que eso que pienso, lo pienso en el escalón que estoy hoy. Porque si yo creo que por fin llegué al último peldaño, y después voy a descubrir que estoy equivocado... Y este es un problema que uno lo ve mucho, por ejemplo, en la ciencia, donde: "antes se creía, hoy sabemos". Y de alguna manera el recordar y el tener presente de que uno entiende *como puede* y que las cosas son siempre más complejas, a mí me parece que es una cosa de mucha utilidad. Y no me parece nihilista.

Dr. Luis Chiozza: Es así, yo esto lo daba por comprendido, porque creo que es así.

Dra. María Adamo: En relación a lo del progreso, pensaba que también es difícil pensar el progreso en otros vínculos, en un matrimonio, en una amistad, si uno tuviera que decir: ¿está progresando? ¿no está progresando? También es difícil. Obviamente, no es un acto terapéutico, pero bueno, pensaba que también es difícil. Y después quería plantear una inquietud, pero no sé si la puedo formular claro, pero tiene que ver con el tema de lo racional y lo afectivo, porque pensaba que una cosa es una interpretación que conmueva al paciente afectivamente y el paciente sienta que cambia, pero plenamente desde una conmoción afectiva, pero a mí me da la impresión -esto es lo que quería preguntar- que también está la comprensión, no *intelectualizada*, sino la comprensión de lo que a uno le pasa -como paciente o al paciente-, de darse cuenta de lo que a uno le pasa, de comprender lo que a uno le pasa, y que ahí también me parece a mí que interviene a veces el proceso secundario, no sé cómo llamarlo, y que también tiene un valor. Entonces, por ahí esto que vos decís, a qué se le llama interpretación racional, quizás en ese sentido, que está obviamente lo que es intelectual, lo que es disociado, lo que no conmueve, pero es un poco esto lo que yo quería preguntar, que me da la sensación que también hay algo, no sé cómo decirlo, algo intermedio, en donde uno puede decir: “Ah, me doy cuenta que me pasa esto”. A veces, como el ejemplo que pones vos, Gustavo, de los celos, que el sujeto se da cuenta que siente celos, no lo puede cambiar, pero esto ya representa un enriquecimiento para la persona, es un poco lo que quería plantear. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: María, que también tiene un valor es cierto, porque nos trajo hasta aquí, pero que nos hemos dado cuenta de que ese valor es un valor mucho menor al otro valor, que es mucho más definitivo y abarcativo, también es cierto. Nos trajo hasta aquí y, porque nos trajo hasta aquí, nos dimos cuenta. Y sobre esto tenemos precisiones muy concretas. Precisiones que van desde una Melanie Klein que dice: “Aquí y ahora, conmigo, como allí y entonces y mañana, tal vez”, y el planteamiento que Cesio planteó con mucha claridad y no resolvió: “Habría que encontrar una formulación que no se someta a la cronología y que respete la atemporalidad de lo inconsciente”. Hoy nos encuentra con que ya hemos encontrado esa formulación, que es la formulación que habla de algo que tiene precisamente un valor de convicción, porque *huye* de la realidad concreta del “aquí y ahora”, y es ubicua y es siempre. Y creo que esto hace una diferencia fundamental. Creo que, en ese sentido, me parece a mí, y este es un punto, entre paréntesis, que me parece uno de los puntos claves que podríamos discutir acá, es que yo creo que hemos llegado a un punto, lo que se llama un “turning point”, un punto que da vuelta la cosa, en donde lo que Cesio planteaba como “habría que”, ya es algo que yo creo que hemos logrado.

Dr. Gustavo Chiozza: ¿Puedo decir una cosa de esto? Yo tengo como dos representaciones de dos cosas que son distintas y que cada una, a su manera, tiene su utilidad. Digamos, a veces uno puede imaginarse el proceso como un decurso donde uno a cada ratito va haciendo pequeños toques en el timón para

mantener la dirección y reorientar. Y también -esto suena misterioso, ahora después lo voy a decir un poco mejor-, y también como otro proceso donde cada tanto uno reevalúa la ruta y dice para dónde ir. La primera de estas formas es más propia del análisis y la segunda, del estudio patobiográfico. Y lo llamativo es que me encontré en Freud que él decía, no lo voy a poder decir muy textualmente, pero más o menos, que cuando hablamos de análisis, solemos valorar mucho las interpretaciones. Pero las interpretaciones son “aquí esto” y “allí lo otro”. Y Freud dice, yo creo que con mucho lo que mejor describe la esencia del proceso analítico es el concepto de construcción. Y el concepto de construcción -ahí pone el ejemplo de “usted, hasta su año X”, se acordarán por el trabajo mío, no sé si por el de Freud- es muy parecido a lo que hacemos en el estudio patobiográfico. El estudio patobiográfico no es una interpretación breve como las que hacemos en el análisis y sin embargo pensamos que es muy útil. Y, de alguna manera, si bien es cierto que, desde un punto de vista, si nosotros pudiéramos hablar el lenguaje del inconsciente, suena intelectual, pero esto de la atemporalidad, evitaríamos todo tipo de distorsiones del proceso secundario, también es cierto que la interpretación -y este es tu concepto de la cantidad moderada- tiene que ser suficiente, pero no tiene que ser excesiva. Entonces, si yo sé que una categoría como el “no”, es una categoría del pensamiento lógico-racional, del proceso secundario o, por ejemplo, la temporalidad de los tiempos verbales, y entonces si yo interpreto en pasado, estoy disociando cargas. Pero resulta que este disociar cargas puede hacer tolerable una cosa que de decirlo en este presente atemporal pudiera ser intolerable y que entonces el paciente se defiende de la interpretación con la misma intensidad que se defiende del contenido a hacer consciente y por lo cual se enferma. En fin, esto es lo que quería mencionar.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, antes de darle la palabra a Dorrit, haciendo uso -o tal vez abuso- del privilegio que nos da estar en la mesa, yo creo que en realidad para mí el hecho de la interpretación en lo atemporal a la cual por fin hemos llegado, y digo rotundamente “por fin hemos llegado”, y me parece importante consignarlo y consignar que en 1974 Cesio se dio cuenta de esto y pronosticó que ese era el futuro que había que buscar. Yo creo que justamente la ubicuidad es lo que hace a la interpretación enormemente tolerable. Porque, en la medida en que lo que uno interpreta le está diciendo al paciente que siempre ha sido así, le está dando la prueba de que ha sido tolerable, porque de alguna manera forma parte de su estar vivo. Yo creo que esto es un punto fundamental. Es decir, a mí me parece que, paradójicamente, la interpretación ubicua no solo tiene un grado de convicción que nunca alcanza la interpretación puntual en el “aquí y ahora”, sino además que es enormemente reasegurante de por sí. Bueno, pasemos a entonces a lo que quería decir Dorrit.

Lic. Dorrit Busch: En realidad yo me quedé pensando en la cuestión de cómo saber si un paciente mejora, no mejora, cómo evoluciona, cómo progresa y entonces pensaba, ¿pero uno no se lo está preguntando todo el tiempo esto? Entonces en realidad ya de por sí es llamativo que de pronto uno se ponga a preguntar: ¿y este paciente está mejorando o no está mejorando? Como que ya ahí está pasando algo en el vínculo y como que ahí ya hay algo en la transferencia-contratransferencia que resulta importante tratar de comprender. No

sé si soy clara con lo que quiero decir. Que ya de por sí es llamativo que uno en determinado momento se esté preguntando esto y por qué me lo estoy preguntando ahora y no me lo pregunté hace dos meses o hace medio año. Excepto que justo en la supervisión el supervisor realmente ve algo muy significativo y le llame la atención lo que pasa con este paciente. Porque también pensaba y si pienso que no está progresando, ¿ahora qué hago? Busco supervisar, tengo que reexaminar, ¿no? como que es todo un tema también complejo. Bueno, a mí me quedaba dando vuelta este tema.

Dr. Luis Chiozza: Pero Dorrit, que sea llamativo no quiere decir necesariamente que sea malo. Puede ser llamativo, que vos te lo preguntes y no ser malo.

Lic. Silvana Aizenberg: Yo también me pregunto, me genera un poco de inquietud este asunto del progreso, de pensar acerca del progreso del paciente. Me pregunto, si nosotros decimos que trabajamos en el presente atemporal del paciente y el analista, entonces pensar en cómo estaba y cómo está ahora tiene algo de resistencial. Es como si quisiéramos forzar la memoria o forzar la lógica. Yo pienso, bueno, lo importante es lo que está pasando ahora en el vínculo analítico, en el bienestar o el malestar de ese vínculo y pensar, bueno, en pacientes que se analizan durante muchísimos años, cuarenta años, cincuenta años, no sé si uno se pregunta cómo estaba antes, cómo está ahora. La cuestión es *ahora*, lo que estamos haciendo en este momento. Entonces bueno, un poquito me surgía esa inquietud de por qué nos estamos planteando tanto si es importante o no cuestionarse lo del progreso. Y después, una cuestión más simple, que digo, bueno, cuando llamamos a esta jornada una jornada sobre técnica es como si un poco estuviera el malentendido explícito de que hay un procedimiento técnico que, si lo aplicamos, ya está, es suficiente. Y después en la tarea diaria nos encontramos con que la cuestión es mucho más compleja y que no hay tal procedimiento efectivo, sino que tenemos que encontrarnos con los afectos, justamente, con las emociones, y que esa es nuestra tarea. Bueno, esto es un comentario aparte, pero lo del progreso me interesaba más.

Dr. Luis Chiozza: Pero Silvana, si uno no se cuestiona lo que es el progreso, no va a ninguna parte. Es decir, justamente, cuando uno vive, camina y camina para donde le parece mejor. Y si descubre que de pronto le aparece la idea de que hay un desvío mejor, lo inicia. Y si desaparece eso, desaparece todo motivo en la vida. No se puede partir de la base de que la evaluación es un trastorno. En el reflejo condicionado hay una evaluación. Es decir, mi pierna se mueve porque el estímulo le produce una reacción y justamente un individuo es mucho más ágil o menos ágil según cómo va manejando estos procesos. Y de alguna manera forma parte de la vida esta especie de continuo engranaje entre el hacer y lo que se considera mejor y lo que se considera peor. Sin “mejor” ni “peor” no se puede vivir.

Dr. Gustavo Chiozza: Creo que a lo mejor son dos cosas distintas y por eso se genera un poco... estaba tratando de pensar, porque a lo mejor lo que todos identificamos más inmediatamente con esta idea de evaluación, de progreso, que inclusive además habría que agregarle cuánto de ese progreso que

creemos ver en el paciente pensamos que tenga que ver con el análisis o no. Hay una cuestión que es como si fuera más inmediata, de las dificultades que yo tengo enfrente, qué es lo que está pasando, si estoy entendiendo bien, qué puedo entender, cómo puedo establecer una comunicación mejor, qué le quiero decir, si logro decírselo, si me entiende, si no me entiende. Ahí sí es como si uno dijera, si no tengo un mapa de qué me parece mejor y qué no me parece mejor, no tiene ningún sentido. A lo mejor la idea de querer ver el final, el puerto, querer la garantía, de que las cosas están mejor, es esta otra cosa de la que estamos hablando y que es más difícil de determinar y también menos útil. Y yo tengo un poco la sensación de que hay como una serie de fantasías un poco religiosas, un poco infantiles, como: si estamos progresando, entonces va todo bien y nunca nos va a pasar nada malo. Y creo que es parte también de esta fantasía lo que nos empuja en esta dirección. Pero obviamente, como muy bien dice Chiozza, si no tenemos un norte, no tenemos un sentido... para el que no sabe dónde va, no hay viento favorable. Entonces, vos estás atrapado en un conflicto con un vínculo, ni siquiera hablemos de un paciente, y de alguna manera vos podés sentir que hay mejoras, hay encuentros que son mejores, encuentros que son peores, y los calificás y tenés una idea muy clara de "este fue peor, este otro fue un poco mejor". Pero esto no significa que las dificultades vayan a desaparecer, estén desaparecidas y que todo sea como yo quiero.

Dr. Eduardo Dayen: Sí, justamente, estoy totalmente de acuerdo con esto y con las cosas que se van diciendo, en el sentido de que obviamente no hay manera de vivir sin pensar que lo que estoy haciendo está bien o está mal, no solamente en el tratamiento psicoanalítico. Pinto un cuadro, y al terminar de pintarlo pienso si me salió bien o me salió mal, eso no cabe duda. Ahora, lo que sí me parece importante es escaparme de la objetividad, de pensar, esto ahora está mejor, objetivamente hablando, respecto de un modelo que obviamente lo he trazado yo. Si el modelo lo tracé yo, se me está yendo un poco de la mano la cuestión pensando que esto está mejor. Tendré que seguir trabajando, así igual que cuando termino de pintar un cuadro. Me salió bien ese cuadro no quiere decir que no tenga que seguir trabajando. Punto. Escaparme de la objetividad y escaparme incluso también de lo que las cosas fueron y lo que las cosas van a ser. Ni el servicio meteorológico emboca. ¿Qué voy a embocar yo respecto de lo que va estando mejor o va estando peor? En términos generales yo creo que vivimos, no solamente en el tratamiento psicoanalítico, vivimos nuestra vida considerando que preferimos ir en el camino positivo. Pero no hay camino, se hace camino al andar.

Dr. Luis Chiozza: Justamente te acaba de pasar. Vos dijiste: Pinto un cuadro y pienso si está bien o está mal. Y eso que te sucede es justamente, yo diría, es la perturbación, porque el cuadro no se piensa si salió bien o salió mal. El cuadro se siente que está bien y que está mal, y en lo que se siente, no hay error posible y en ese sentido es como si fuera una parte del sentimiento de ese misterio que hace que lo que se siente bien, está bien. Excepto cuando hay perturbaciones muy groseras que de alguna manera arman una situación muy compleja; pero en términos generales, el sentimiento es mucho más definitivo y más completo del pensamiento.

Dr. Gustavo Chiozza: ¿Puedo agregar una cosita breve? También hay una cuestión, por eso digo también es ¿a qué llamamos progreso? Porque si yo pienso, esquemáticamente, que el análisis es un proceso a hacer consciente lo inconsciente, lo inconsciente reprimido, que lo inconsciente reprimido está resistido y que las resistencias se defienden y que entonces el análisis por fuerza tiene que ser un tema arduo, complicado, donde se mueven afectos, donde estamos en una batalla, donde nos aletargamos, donde el paciente se enoja, donde nosotros nos fastidiamos. Entonces, todo lo que está mal, está bien. Y si yo digo, este análisis va como un violín, qué contento que estoy, el paciente viene, no falta, hablamos de cosas interesantes, no se mueve nada. Todo lo que está bien, está mal. Entonces también está esta cuestión de cómo uno va a terminar evaluando este progreso.

Lic. Carmen Lorusso: Cuando se planteó este tema de los parámetros del progreso, me acordaba que siempre me había llamado la atención, yo había estado en una Escuela de Posgrado antes de entrar a la Fundación, que había escuchado cuando traían casos y decían: “Bueno, ¿cómo está este paciente?” Entonces decían ¿cómo no va a estar mejor? Terminó de estudiar, se casó, está mucho mejor. Entonces el parámetro era que, si estudiabas, conseguías trabajo y te casabas, casi tenías del alta. Siempre me llamó la atención, como que era el parámetro. No importaba la vida que llevaba esa persona, si era una vida trascendente, una vida auténtica, si era un bluff. Era como el parámetro de la salud llegar al casamiento. Tal vez el parámetro era el matrimonio en el sentido de “hace vínculo”. Como que, si pudo hacer un matrimonio, pudo hacer un vínculo y eso lo hace estar mejor que cuando empezó el análisis. Bueno, y pensaba un poco en lo diferente que a mí me da la impresión que acá se piensan este tipo de cosas y bueno, qué bueno que se planteó porque solo quería mostrar esto, como que era un parámetro que todo el mundo aplaudía, como diciendo bueno, sí, esa es nuestra finalidad como psicoanalistas, lograr el matrimonio y los hijos en un paciente.

Dr. Luis Chiozza: Quiero subrayar dos cosas. La primera, que los parámetros tienen un “para qué”. Si el parámetro “hace un buen vínculo afectivo y se recibe de una carrera universitaria”, es un parámetro valioso para una determinada sociedad, nada tiene de cuestionable, porque de alguna manera puede ser que en esa circunstancia el parámetro sea valioso. Esto es especialmente importante, porque las distintas agrupaciones humanas se rigen por parámetros muy diversos. No es lo mismo el vínculo erótico de los esquimales que el vínculo erótico de la sociedad europea occidental. Y la otra cuestión es que los sentimientos se equivocan cuando los pensamientos los invaden. Esa es la situación que hace que algunos sentimientos sean patológicos. Porque los sentimientos en términos primarios, es como si dijéramos corresponden al fluir de la vida, de manera natural.

Lic. Liliana Casali: Yo quiero transmitir una experiencia que, pensaba, digamos, yo hice las supervisiones en la APA. Justamente, hablando de esto, el otro día me puse a revisar las supervisiones que yo había hecho en ocasión de la formación en la Asociación Psicoanalítica, donde uno de los requisitos era seguir durante dos años un paciente. Pero seguir durante dos años un paciente no era ver si el paciente progresó o no progresó, sino era, de alguna manera,

relatar qué había pasado con ese paciente a lo largo de los años. Y la paciente que yo supervisé es una paciente que analicé durante muchos años y me resultó conmovedor volver a leer la historia de la paciente, entramada con cosas de mi historia, las reflexiones, las cuestiones donde había ciertas cosas en las que paciente había evolucionado, de una actitud de un vínculo maniaco, por ejemplo, a una relación psicoanalítica más auténtica, menos “pseudo”, mezclado con situaciones muy traumáticas en su vida y en la vida de los hijos y me resultó muy enriquecedor. A raíz de eso también me surgió la necesidad de hacerlo con los pacientes que tengo ahora, porque es otra visión que no es contraria a lo que estás viviendo y sintiendo y analizando ahora con el paciente, pero es como que te da otra dimensión. Y yo estaba tratando de acordarme que tiempo atrás, Gustavo, en alguna supervisión, vos decías que, frente a un paciente, te hacías una imagen y había cuatro o cinco parámetros que no me los puedo acordar en este momento, pero los debo tener anotado en algún lugar, y que era una cuestión muy útil. Más allá de que esto no implicaba que las cosas fueran solamente así y no pudieran ser mañana así. Entonces, no sé si lo logro transmitir, creo que son dos visiones, dos puntos de vista que pueden ser muy ricos y que la cuestión no pasa solamente por si el paciente progresó o no progresó. No puedo decirlo más claro, pero quería transmitir esto.

Dr. Gustavo Chiozza: No me acuerdo esos parámetros. A mí lo que me genera una gran antipatía visceral es esta especie de trasvasación de la sustancia psíquica, que es la historia, a la sustancia física, y que estas cosas están referidas con estos diagnósticos, vínculo maniaco, defensas paranoides. El drama, tanto sea una obra de teatro como una novela, para los griegos tenía dos formas: la tragedia y la comedia. En la tragedia, el personaje terminaba peor de lo que empieza. En la comedia, termina mejor de lo que empieza. Hoy en día para nosotros la comedia es de risa, pero para los griegos no tenía que ver con la risa. Entonces, yo creo que, si uno se pusiera a reflexionar sobre un determinado paciente, un determinado tratamiento, e hiciera una historia, obviamente, la historia que uno recuerda, a lo mejor a partir de notas o a partir de revisar sesiones que uno pudo grabar. Pero si uno hiciera una historia, yo creo que esto sería una tarea muy enriquecedora, yo coincido con eso. Pero si uno a esto lo quisiera verter en índices, índices de progreso, si hace vínculo... ¿hace vínculo? ¿Qué otra cosa se puede hacer? Después están los malos y los buenos, pero no es que podés no hacer vínculos. Entonces, ves que esta cuestión de... como si uno cosificara, hiciera un dosaje de salud. Estas cosas son las que me generan una resistencia. No sé qué parámetros vos decís que tomaba, yo no tengo ese recuerdo.

Dr. Luis Chiozza: En realidad estoy muy de acuerdo con lo que dice Gustavo, pero quiero agregar, para que no haya confusión, que hablar de vínculo maniaco o de ansiedades paranoides son símbolos; y que, como símbolos, son muy valiosos. Y que gracias a que construimos esos símbolos es que podemos en algún momento movernos con una cierta posibilidad de comparar y posibilidad de establecer algunas conclusiones que suelen ser valiosas. Es como cuando las peras y manzanas se suman. ¿Por qué se suman las peras y manzanas? Cuando se suman, se suman como fruta, no se suman respetando que unas son peras y otras son manzanas, pero no cabe duda de que haberlas

sumado en algún momento tuvo su sentido. Entonces a mí me parece que depende de los símbolos que manejemos. Nosotros manejamos distintos niveles de simbolización. Hay niveles de simbolización que, de alguna manera, están llenos de detalles incomparables y hay otros niveles de simbolización que permiten homologaciones y podemos decir: en esta clase formada por diez alumnos tenemos tres niveles, el de los alumnos brillantes, el de los alumnos mediocres y de los alumnos que tienen que ser aplazados. Y esto evidentemente es una simplificación, pero también muchas veces son imprescindibles para funcionar, porque es la única manera de poder seguir adelante. Entonces yo creo que las dos cosas son válidas, depende de que una no se confunda con la otra, y en eso estoy totalmente de acuerdo con lo que dice Gustavo.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, tenés toda la razón, exageré, como hago siempre, cuando hablaba de vínculo maníaco. Entiendo el valor que tienen como símbolos, lo que quizás no fui explícito es que a veces tengo la sensación de que muchos que los usan, los usan de una manera mucho más psiquiátrica, no como símbolo, sino como cosas. Y eso es lo que quería decir, pero estoy de acuerdo, sí.

Lic. Liliana Casali: Sí, no, que coincidía un poco con esto que yo tampoco me expresé bien y decir, para resumir, “defensa maníaca”, no es que el material que lo procesamos era en esos términos psiquiátricos, para nada. Es un resumen de algo que era mucho más vivencial. Quería decir que coincidía con vos en que no se trata de eso.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, claro. Pongo un ejemplo. Una cosa es que, por ejemplo, frente a un material, uno haga la observación: “pero vos fijate que este paciente cuando no habla de que lo cagaron, habla de que los cagó. Y todo es hacer mierda, cagar o ser cagado”. Vos decís sí, la verdad que tenés razón, esto te ilumina. Ahora vos decís: “Y, este paciente tiene muchos mecanismos de defensa anales”. Y, no es lo mismo... es lo mismo y *no es lo mismo*. Si vos y yo sabemos lo que son los mecanismos de defensa anales y cuando nos dicen “los mecanismos de defensa anales” pensamos en uno que solamente habla de que lo cagó o que lo cagaron, entonces no nos manejamos bien con el símbolo. Pero si uno piensa que esto es una cosa, es un índice, ahí es donde empezamos a hacer este psicoanálisis que es el que no queremos, que es el psicoanálisis intelectual, ¿no?

Dr. Luis Chiozza: Yo, cuando me empecé a formar como psicoanalista, desarrollé cierta antipatía por la psiquiatría, no hace falta que lo explique, ustedes lo comprenderán. Pero, a lo largo de los años, me encontré, últimamente, yendo a repasar el libro de Henry Ey sobre psiquiatría, que es un libro hecho con muchísima solvencia y con muchísimos años de conocimiento y de esfuerzo, y me encontré con algo que de alguna manera resignificó algunas de mis experiencias psicoanalíticas. Por ejemplo, me encontré con la afirmación de que la esquizofrenia es una enfermedad grave que nunca se detiene, siempre progresa, y que la esquizoidia comparte esa característica de nunca detenerse y siempre progresar. Y de pronto me di cuenta de que en realidad era necesario que yo, como psicoanalista, cobrara consciencia de que

lo que no mejora, empeora; no se mantiene tal cual. Y esto para mí fue, por así decir, una llamada de atención, algo que me hizo pensar: “Mirá, prestale un poco de atención a este asunto, que el paciente que no mejora no está quedándose igual, está empeorando a pasos agigantados”. Que no existe el paciente que se detiene; o mejora o empeora. Y tomen esto que acabo de decir como un regalo, porque para mí fue un descubrimiento que creo que vale la pena tener en cuenta. Nada permanece igual. Lo que no mejora, empeora. Y si lo quieren decir más suave, teóricamente no es imposible, pero es extremadamente improbable.

Lic. Viviana Russo: Bueno, voy a hacer una pregunta en cuanto a la técnica, sobre el encuadre. Cuando algún paciente ataca el encuadre, es decir, empieza con los cambios de horarios, racionalmente porque, bueno, por diferentes razones. La pregunta, uno, como analista, si debe, es decir, yo sé que hay diferentes maneras de abordarlo. ¿Se le podría interpretar esto al paciente, del ataque o la resistencia que está en el encuadre? Es una pregunta.

Dr. Luis Chiozza: Pare ahí y le contesto rapidísimo, porque esto es una cuestión con la cual me he encontrado muchísimas veces a lo largo de mi vida como psicoanalista. Teóricamente hablando, en principios de los más puros, el encuadre, la alteración del encuadre *jamás se interpreta*. Es como si usted jugara al ajedrez con su sobrinito y su sobrinito le robara un peón cuando usted se da vuelta, usted se tiene que dar cuenta de que ya no está jugando al ajedrez. Entonces, le tiene que decir a su sobrinito: “Mirá, si querés jugamos a otra cosa, pero al ajedrez no se juega así”. Bueno, esto es exactamente lo mismo que pasa con la alteración del encuadre. Si usted interpreta la alteración del encuadre, usted la legitima. Esto queda muy claro para un analista de niños. Si el niño viene con un lápiz de tinta y en lugar de dibujar en la hoja de papel en el escritorio, quiere dibujar en la cortina del psicoanalista y el psicoanalista lo deja, le está diciendo: “este es material para jugar”. Entonces, el encuadre no se interpreta, el encuadre no se acepta. O se acepta o no se acepta. Si se acepta, cambió el encuadre y sigue siendo encuadre. Y si no se acepta, hay que decir: “así no”.

Lic. Viviana Russo: Redefinir: “bueno, esto no se toca”.

Dr. Luis Chiozza: Sí, con el encuadre no se juega.

Lic. Viviana Russo: No se juega. Y si pide nuevamente cambio, porque puede constantemente pedir cambio de horario, de día, de lo que fuese, se lo vuelve a ubicar: “es esto o es esta opción o esta otra”, y elige. Y de ahí no se mueve.

Dr. Luis Chiozza: A menos que la alteración del encuadre que él propone sea compatible, por ejemplo, puede decir: “yo en lugar de venir los lunes, miércoles y viernes, quisiera venir los lunes, martes y viernes” y si a usted esa alteración del encuadre, no le perturba, le dice: “Bueno, ya está”.

Lic. Viviana Russo: Un nuevo acuerdo.

Dr. Luis Chiozza: Es un nuevo acuerdo.

Dra. Belén Tebe: Una pregunta con el tema este del progreso, porque yo pienso, bueno, es lo que estaban hablando, cuáles son los parámetros para evaluar el progreso y cuán difícil es, si se puede medir, bueno, medir no creo, pero bueno, por lo menos tener una idea de si se está progresando o no en el vínculo analítico, si el paciente está progresando. Y yo pensaba, bueno, pero cuando uno está con el paciente o cuando vemos acá una sesión un jueves y decimos: “Bueno, al paciente le pasa eso, este el punto de urgencia, esto es por donde le aprieta el zapato”, ahí uno está también usando unos parámetros, no sé cuáles, pero digo ¿por qué sería más difícil evaluar de alguna manera el progreso que el punto de urgencia o lo que le está pasando al paciente?

Dr. Luis Chiozza: ¿Me puede repetir la pregunta que no la entendí?

Dra. Belén Tebe: Sí. Que, por lo que se viene hablando, estamos hablando de que cuán difícil es evaluar el progreso del paciente en análisis o del vínculo analítico y qué parámetros se tienen en cuenta, o qué parámetros se tendrían que tener en cuenta para evaluar el progreso. Pero, a la vez, cuando un paciente nos viene a consultar o tenemos un paciente en análisis, decimos: “al paciente *le pasa esto* y esto es lo que lo hace vivir mal”, nos hacemos una idea. Entonces, ¿por qué sería más difícil ver el progreso, decir “este paciente está progresando o no” que lo que hacemos siempre, que es decir bueno, acá le aprieta el zapato al paciente, este es el punto de urgencia?

Dr. Luis Chiozza: Es que no es más difícil, es exactamente igual. En primer lugar, usted usó una palabra muy importante: tener una idea. Bueno, lo primero que tengo que decirle es que usted no puede funcionar si no tiene una idea, y que usted, quiera que no, siempre tiene una idea, y esa idea no siempre se toma el trabajo de ponerla un poco más clara, pero que usted tiene una idea de lo que está pasando con su paciente, equivocada o no -después eso se verá-, pero usted tiene una idea de lo que le está pasando al paciente. Y lo primero que tiene que hacer es tratar de ponerse en contacto con esa idea. La segunda cosa es que hay cosas que son difíciles, pero son imprescindibles. Entonces no importa que sean difíciles, porque usted, o lo logra, o no lo logra. Y es la misma dificultad que está en poder analizar a un paciente o sencillamente que el paciente interrumpa el tratamiento y se vaya. Es decir, esto es imprescindible tenerlo claro. Es más, si uno se fija bien, los tratamientos, todos se interrumpen. Algunos se interrumpen en la primera entrevista, otros se interrumpen en los primeros quince días y otros se interrumpen después de treinta años, pero todos se interrumpen. Es decir, todo tiene un límite. ¿Se interrumpen bien? ¿Se interrumpen mal? Es difícil decirlo.

Dr. Gustavo Chiozza: Ahora, hay un punto en el cual no sería exactamente lo mismo el punto de urgencia y el progreso, ¿no? Porque yo entiendo que uno siempre identifica un punto de urgencia, no puede no haber un punto de urgencia. Puede uno no estar pudiendo identificarlo bien o identificándolo mal, pero uno piensa que no puede no haber un punto de urgencia, ¿no? Y el hecho de que antes fuera un punto de urgencia y hoy es otro punto de urgencia, ¿eso significa que progresó? ¿Significa que cambió en un sentido de mejoría? Esa es otra dificultad, ¿se entiende lo que quiero decir? Entonces, identificar lo que

al paciente le sucede en cada momento, en cada sesión, tiene su dificultad. Y después poner esto en una serie y decir “acá hubo progreso” o “no hubo progreso”, a mí me parece que no es exactamente lo mismo.

Dra. María Adamo: Sí, lo que quería preguntar... esta cuestión de que lo que no mejora, empeora. Porque pensaba en otra idea que usted a veces menciona y que también yo comparto, que es que a veces hay pacientes que parecen estancados, que uno dice, está como en un impasse, como que no va para atrás ni para adelante, y a veces por ahí mucho tiempo, ¿no? Y de repente algo pasa y el paciente como que sube un escalón, uno diría, ¿no? Es como si fueran escalones a veces, que hay mesetas o momentos, ¿esto usted lo sigue pensando así? ¿Lo piensa distinto a la luz de esta idea que está diciendo ahora?

Dr. Luis Chiozza: Lo pienso exactamente igual. Hay momentos en que el paciente arranca y también hay momentos en que pacientes que venían, diríamos, en una movilización grande, de pronto se estancan. Y bueno... y esto generalmente uno empieza a notarlo y de algún modo lo tiene que soportar. Y bueno, después, el futuro es variable. Porque hay una cosa fundamental que no la hemos dicho pero que yo estoy seguro de que todos la comparten. El análisis se realiza sobre la fantasía de que es posible y de que el paciente tiene la posibilidad de cambiar, pero eso lo ignoramos. Uno debería decirle al paciente: “Mire, yo lo tomo en tratamiento” -no quiero decir que haya que hacerlo, pero sí para entendernos- “yo lo tomo en la suposición de que usted puede mejorar, pero eso no lo sé, lo sabremos al final”.

Dr. Gustavo Chiozza: Me acuerdo hace muchísimos años, cuando yo empezaba con esto del análisis, no me acuerdo quién, pero creo que se decía que uno se puede ir a analizar -el ejemplo era un poco esquemático-, uno se podía ir a analizar por un determinado síntoma y curarse de todo menos ese síntoma, ¿no? Lo cual tiene una cierta cuestión. Entonces quiero tomar este ejemplo y utilizarlo con esta cuestión del progreso. Por ejemplo, si uno toma a un chico que tiene un síntoma, ¿no? A lo mejor ese síntoma no está mejorando, pero están mejorando un montón de otras cosas. Entonces, a lo mejor el analista ve todas esas otras cosas que mejoran y los padres ven que ese síntoma no mejora. Entonces uno tiene una idea de progreso y otro tiene otra idea de progreso. Pero inclusive puede pasar lo siguiente, que probablemente a muchos nos ha pasado: uno tiene un paciente, por ejemplo, un adolescente, que viene, se queda callado, no habla, habla poco, no dice nada, en las sesiones uno tiene la sensación de que no pasa nada, no pasa nada, falta, falta una semana entera. Uno dice, “¿qué hago? Tengo que suspenderle el análisis, estoy cobrando sin trabajar”, uno se siente mal, y bueno, espero un poco más, ¿no? Y de repente se produce un cambio y uno dice, ah, fue necesario todo eso. Pero entonces, durante ese tiempo, *algo* estaba cambiando y yo no lo veía. ¿Se entiende? Porque yo no pienso que cambió *esa* sesión, sino que yo pienso, fue necesario todo eso, pero yo en ese momento no lo veía. Entonces a mí me parecía que era un paciente que no progresaba y que el análisis estaba estancado, estaba todo igual, pero a lo mejor para el paciente no, ¿se entiende? Entonces, por eso también está la idea de qué es el progreso -difícil de determinar- y, por otro lado, la idea de

cómo determino yo qué es para mí el progreso y si yo estoy acertado o estoy equivocado en qué es lo que es para mí el progreso, ¿no? Y a lo mejor, si yo hubiera interrumpido el análisis antes de que ese proceso termine, hubiera confirmado mi idea de que el análisis no sirvió para nada y a lo mejor estaba a punto de producirse un cambio.

Dr. Eduardo Dayen: Sumado a todo eso, pensar cuál es la actitud del analista frente a una situación como ésta. Si el analista tiene la paciencia y la capacidad de poder interpretar todos estos movimientos aparentemente negativos como una comunicación que espera una respuesta, que es la que uno está elaborando adentro de uno también.

Lic. Viviana Russo: Con respecto a esto de cambio, no cambio, estaba pensando, obviamente que es algo que me está sucediendo con un paciente, que lo atiendo hace cinco o seis meses. Siento que es poco lo que puedo hacer y él está maravillado por todos los cambios, ¿no? Entonces yo digo, ¿estos cambios de dónde provienen? ¿De las supervisiones que yo hago? ¿De preguntarme cómo puedo entenderlo? Y él dice, “desde que comencé el análisis, todo lo que cambié”. Entonces, ¿dónde estaría ese fenómeno? ¿Es mi deseo de entenderlo y no lo entiendo? ¿Son mis expectativas que tengo que interpretar de una manera y no lo hago? Pero el paciente está chocho. Entonces yo digo, ¿de dónde sale esto? Porque no es el mismo sentimiento desde lo que yo considero que sería un análisis. No sé si fue clara.

Dr. Luis Chiozza: Hay dos cosas que me parecen importantes. Recién me quedé en silencio porque sentía que era difícil poder concretar lo que quería decir. Es decir, es cierto que uno puede esperar y no tiene que ser impaciente, pero también es cierto que esto no se puede llevar al extremo de justificar cualquier cosa. Si usted tiene un paciente que hace tres meses que no viene y le manda los honorarios a fin de mes, y hace tres meses que no viene, me parece que seguir en esa circunstancia es un poco exagerado. Bueno, ahora vamos a empezar a decir dónde empieza lo exagerado y dónde empieza lo comprensible. Y bueno, es un tema difícil, pero obviamente no cualquier cosa es válida. Ese es un tema. Y el otro tema es el de la supervisión. No es casual que el psicoanálisis se haya desarrollado en las grandes ciudades, en donde los psicoanalistas tienen contacto entre sí y se comunican unos a otros los problemas que tienen con los pacientes, que no necesariamente tiene que ser que yo voy a identificar que mi paciente se llama Ernesto García. Pero, sencillamente, me va a permitir decir, “mirá lo que me pasa con un paciente”. Y de alguna manera lo que comento con mi colega, de algún modo contribuye a que pueda tener una visión un poco más amplia. Bueno, esto me parece muy importante. Me parece muy importante comprender por qué el psicoanálisis se ha desarrollado siempre en las grandes ciudades. Porque los psicoanalistas se necesitan unos a otros para comentar la experiencia que viven en la intimidad de sus consultorios. Entonces yo creo que este es un punto fundamental. Es muy interesante, porque esto tiene que ver con lo presencial. Hace unos días estábamos hablando de la enorme importancia que tiene diferenciar entre el análisis por vía remota y el análisis en presencia. Yo no diría que es imposible que algún análisis se realice por vía remota, porque yo no me atrevería nunca a decirle a un colega que no tiene sentido que intente una experiencia. Pero una

cosa es que lo realice como una experiencia que de alguna manera despierte su curiosidad y su intriga, y otra cosa es que en el análisis por vía remota sucedan dos cosas. La primera es que atiende una gran cantidad de pacientes por vía remota y, a veces, todos. Y la segunda es que a muchos de sus pacientes los atiende indistintamente por vía remota o por vía presencial. Y se da la circunstancia de que un día lo atiende por vía remota, porque evidentemente el paciente acaba de tener un esguince y no puede caminar, pero a la semana siguiente el paciente dice, si me atendió por vía remota cuando tenía un esguince, ¿por qué no me atiende hoy por vía remota que llueve torrencialmente y hay huelga de colectivos? Entonces, evidentemente nos damos cuenta de que detrás de esto se esconden muchas resistencias y esto es importantísimo. Y la más importante de todas tiene que ver con una cuestión, con el hecho de que se interpreta, que, de todas maneras, si la supervisión es por vía remota, porque yo estoy supervisando un paciente que mi supervisor no lo ha visto nunca. Pero eso es mentira, porque esto es confundir, creyendo que, cuando yo voy a supervisar con un colega, yo estoy supervisando a mi paciente Enrique. Yo no estoy supervisando a mi paciente Enrique, yo estoy supervisando mi manera de trabajar y el colega me supervisa a mí. Que me diga lo que le pasa a mi paciente es una cosa apendicular. Lo que me está diciendo es lo que me pasa a mí cuando trabajo, eso es supervisar. Y eso es presencial o *debe* ser presencial, tan presencial como el análisis, porque la diferencia es enorme. Bueno, esto que yo le digo, que parece una verdad de Perogrullo, si miramos con atención, vamos a ver cuántas son las veces que se contraría, cada vez más.

Lic. Viviana Russo: Bueno, pero perdón que insista, ¿no? porque usted me responde todo esto y me parece fabuloso, pero la pregunta que yo le hacía no la relaciono con su respuesta. Yo preguntaba que cuando un paciente que dice al analista que está fantástico desde que empezó el análisis y uno como analista siente que no trabajó ¿qué sucede ahí? ¿qué le sucede al paciente? Son dos puntos distintos...

Dr. Luis Chiozza: No le entendí la pregunta.

Lic. Viviana Russo: Claro, perdón, que yo le preguntaba, que yo estoy atendiendo un paciente hace unos seis meses, cuestión de que yo no llego a comprender, no a comprender, a hacer un análisis bien analítico, con interpretaciones...

Dr. Luis Chiozza: No llega a sentir que está entendiendo...

Lic. Viviana Russo: Que estoy, claro, que estoy trabajando bien analíticamente y el paciente me devuelve lo contrario, me dice que está fantástico desde que empezó el análisis. Son dos realidades distintas. No sé si lo expresé bien, ¿no?

Dr. Luis Chiozza: Entendí perfectamente.

Lic. Viviana Russo: Sí, perdón. Era esa la cuestión, el paciente, ¿qué recibe de mí?

Dr. Luis Chiozza: Sí, sí. Le quiere contestar Gustavo.

Dr. Gustavo Chiozza: En realidad, que el paciente esté muy contento con el análisis no significa que el análisis le esté sirviendo, en el sentido de como nosotros pensamos que le debería servir. A lo mejor él está muy esperanzado de que por fin encontró a alguien que está de su parte y pronto va a ser todo como él quiere. Pero eso no significa que haya progresado, ¿no? Es cierto que a veces -que es el ejemplo que ponía yo-, uno se encuentra con que, sin que uno haya comprendido, *uno* nota que el paciente está mejor, a esto me refería yo. Pero eso no es lo mismo que el paciente esté contentísimo y uno sienta que no sabe, no entiende por qué está tan contento si uno todavía no entendió nada. Pero que esté contento no quiere decir que el análisis haya hecho efecto o que él esté progresando.

Dr. Luis Chiozza: Yo puedo entender que un paciente esté contento cuando yo todavía no he entendido nada. Eso no me parece raro, porque el paciente puede venir con la esperanza y es natural que la tenga. Pero, como dice Gustavo, sería sorprendente si esto siguiera siendo así después de tres meses que el paciente viene. Entonces evidentemente...

Lic. Viviana Russo: Claro, cuando yo dije contento, me refería a esto, que dice “desde que comencé análisis, qué bien que me siento”. A eso me refería... no es que está en una fiesta y que está bailando, ¿no? Sino que expresa que está mejor, él expresa. Pero bueno, está bien.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, por otro lado, también está el otro tema de que a veces, aun pensando uno que el paciente ha progresado, a veces también es difícil determinar si fue por el análisis o por alguna otra circunstancia de las que le pasan en su vida, ¿no? Y yo creo que, siempre “piensa mal y acertarás”, creo que uno siempre está más lejos de equivocarse cuando se menosprecia que cuando se sobreprecia. Y entonces uno dice bueno, qué sé yo, no sé qué habré hecho, no sé si lo habré hecho yo, pero yo por las dudas sigo intentando.

Lic. Viviana Russo: Sí habrá que ver cada caso en particular, a lo mejor el solo pensar, el preocuparme y el tratar de escucharlo...

Dr. Gustavo Chiozza: Y después también hay una cuestión que es cierta, que uno, de alguna manera, tiene que pasar la mayor parte posible del tiempo en el barro, metido en la dificultad. Y, si bien es cierto que uno puede hacer un alto y mirar el paisaje, el trabajo sucede ahí, en el barro. Y si uno se queda demasiado tiempo mirando el paisaje, no está trabajando. Y en cada sesión hay un punto de urgencia y hay una dificultad. Y cuando uno tiene la experiencia de estar metido en esta dificultad y lograr levantar un poco la cabeza, ahí uno tiene una idea distinta del análisis, ya no se pregunta si el paciente está mejor o está peor, uno ya lo sabe, por la dificultad, suceden cosas, el paciente se va enojado, uno se aletarga... Entonces ahí es donde se mueven las cosas, ¿no? Y, coincidentemente, es como pasa con... no sé, con los libros, que los libros uno los lee porque pasan cosas, si no pasa nada en el libro, es aburrido. Entonces, una novela no es mejor porque sea más corta o

más larga, sino por lo que pasa dentro de ella. Y si uno tiene la sensación de que no está pasando nada en el análisis, aunque podría estar esta situación y que la menciono un poco como excepción, por eso, no es que uno dice, mejor que los pacientes no vengan y que después progresen solos. Esa no era la idea. Aparte, uno no solamente trabaja para tener horas ocupadas o para ganar dinero, también porque le interesa estar en el proceso y si el proceso sucedió sin que uno se diera cuenta, uno siente que se lo perdió.

Dr. Luis Chiozza: Quiero mencionar dos cosas. La primera, menos importante, pero es muy interesante, es que, si uno presta mucha atención a lo que sucede en el mundo interno del paciente y en la relación con uno, uno se da cuenta de que es más fácil equivocarse hablando que en silencio. Y que, en última instancia, son muchas las veces en donde, si el analista presta atención -que esté en silencio no quiere decir que esté desconectado, todo lo contrario, tiene que estar pendiente de lo que está sucediendo ahí-, uno puede ver cómo el paciente va procesando y se va analizando solo, quiera que no, con los rebotes que le ocurren adentro de él con las cosas que piensa. Esto es muy importante. La otra cuestión tiene que ver con lo que está sucediendo esta noche aquí. Lo que está sucediendo esta noche aquí es una cuestión muy común. Es que los árboles nos distraen y no nos dejan ver el bosque. Y entonces, la mayoría de las cosas que dialogamos son aspectos parciales, que son interesantes, son importantes, pero que de alguna manera lo que importa es el bosque en su conjunto. Y el bosque en su conjunto yo creo que tiene que ver con este carácter de presente atemporal que tiene lo inconsciente y de la importancia que tiene el hecho de que la interpretación tiene que huir del presente cronológico y aún del kairológico. El kairológico es el que es importante por lo que contiene, pero sigue siendo un presente limitado y de alguna manera apunta a tratar de comprender que este movimiento que está ocurriendo dentro del paciente, si bien evoluciona, es un movimiento complejo y entero, que lo toma a todo él y que lo toma a todo él en el contexto de todas sus relaciones. Y esto yo creo que es algo que deberíamos tratar de que no se nos fuera de la consciencia. Que el paciente que nos está contando lo que le sucede, sea en la transferencia con el analista, sea en la relación matrimonial, sea en el conflicto con un hermano o con el jefe en la oficina, está hablando de algo que toma todos sus vínculos en general. Y ustedes dirán, ¿por qué insiste en una cosa tan evidente? Sí, cuando lo digo, estamos todos de acuerdo que es evidente, pero lo que uno observa es que esto se desatiende y no se mira desde este punto de vista.

Dr. Gustavo Chiozza: Me parece importante esto que decías del silencio. Yo creo que hay el predominio de una idea, que no es tanto que esté equivocada, como el hecho de que funciona mal, que es la idea de que en la sesión la función del analista es interpretar. Y entonces, desde esta idea, el analista se ve presionado a interpretar, porque si no...

Dr. Luis Chiozza: Perdón, ¿interpretar, vos decís formular verbalmente? Porque interpretar...

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, sí, sí. Si no interpreta, entonces se pone en evidencia que no comprende, y entonces algo hay que decir. Y yo creo que una

idea que funciona bastante mejor es pensar que la función del analista en la sesión no es interpretar, sino comprender. Y aun cuando uno comprende y todavía no puede verbalizar lo que comprende, no encuentra la oportunidad, no encuentra el momento, no encuentra las palabras, no encuentra el espacio, no encuentra el resquicio, el hecho de que uno comprenda hace que uno escuche distinto, uno se ponga en otro lugar, el paciente ya no hable igual, y de alguna manera, por más que uno no interprete... no quiero decir que... otra vez, si lo vamos a tomar como esto de: el paciente que falta tres meses y después se curó, tampoco es que el analista duerme toda la hora y ya el paciente se cura igual. Si uno está en ese esfuerzo de comprender... Pero muchas veces esta idea y esta presión por interpretar dirige mal el esfuerzo, porque uno está más preocupado por interpretar que por comprender. Y la comprensión -es como si pusiera, literalmente, el carro delante de los bueyes-, la comprensión es el resultado de la interpretación, y es al revés, la interpretación es el resultado de la comprensión. Entonces, creo que la mejora o el progreso o el proceso, no se da por una *cantidad* de interpretaciones, sino por el hecho de si hay este esfuerzo de comprensión. Y cuando uno comprende bien, a veces una interpretación es suficiente, y cuando uno no comprende, las interpretaciones no hacen más que repetir lo mismo que se debería estar intentando cambiar.

Lic. Liliana Casali: Bueno, son todas cosas muy interesantes. Esto que vos decías, Gustavo, es muy importante, en alguna época se decía, hay dos momentos, uno es comprender y el otro es cómo uno dice lo que comprende, cuándo, cómo, dónde. Y también en algún momento se decía, bueno, uno comprende o no comprende, como que es algo que se presenta de un modo que te convence, o si no, no entendés. Hay como distintas variantes en el asunto, y bueno, me parecía esto que decías, muy importante.

Dr. Gustavo Chiozza: Es cierto que uno comprende o no comprende, pero también es cierto que, así como cuando uno, por ejemplo, interpreta un sueño o interpreta una película, al principio no comprende y después comprende. Y uno, a medida que va teniendo experiencia también descubre caminos que facilitan esa comprensión. Hay recursos por los cuales uno puede transformar la incomprensión o intentar transformar la incomprensión en la comprensión. No es que yo espero, y si comprendo, comprendo, si no comprendo, "siga participando". No, o sea, también hay una cuestión donde uno dice, ¿por qué me habla de esto en este momento? En fin...

Dr. Luis Chiozza: A mí me gusta decirlo de otro modo, me gusta decir que uno siempre comienza por no entender, y que entender que no se entiende es importantísimo. Y es, por así decir, algo que de alguna manera genera una sensación... ¿cómo podríamos decir? Al contrario de lo que parece, genera una sensación que yo no diría que es de malestar, diría que es de intriga, diría que es la sensación de... Pero claro, por supuesto, para esto uno tiene que estar habituado, haber hecho consciente que siempre se empieza por no entender, que así se empezó. Para entender lo que hoy se entiende, si uno recuerda, se da cuenta de que empezó por no entender. Es decir, uno no entendió lo que hoy entiende y continuará no entendiendo lo que va a entender mañana. Entonces, una vez que uno se reconcilia con el no entender, uno se coloca en la mejor de las posiciones. Esto es interesantísimo, porque es la

diferencia que hay entre el comisario Maigret y sus oficiales. Los oficiales, que no entienden, hacen un montón de teorías absurdas para defenderse del no entender, y en cambio, mientras tanto, él dice: “No sé, no sé, no sé, recién empiezo, acabo de llegar”. Y, por fin, en un momento determinado, entiende. Y entiende desde esta situación que muy bien describía Gustavo, de que es una comprensión que, de alguna manera, sin hablar, ya cuando uno lo comprende, su disposición genera en el paciente otro holding. Y esto me parece que es un punto muy importante y muy fundamental.

Lic. Liliana Casali: Yo quería seguir preguntando sobre la supervisión, porque si la supervisión, además de comprender qué le pasa al paciente fundamentalmente...

Dr. Luis Chiozza: No, no, pará, pará, empezamos mal, Liliana. ¿Además de comprender qué le pasa al paciente? No. Además de comprender lo que le pasa al psicoanalista, se ve forzado a hablar del paciente. Pero en realidad la supervisión es siempre la supervisión de lo que le pasa *al psicoanalista*. Eso es un equívoco enormemente grave. Cuando una persona va a supervisar, digo que la supervisión es presencial, porque está presente el objeto de la experiencia, que es el psicoanalista supervisado. Supervisar es decirle al analista lo que le pasa *a él* con el paciente. Tanto es así que cuando esto era una cuestión formal dentro de la asociación psicoanalítica, no se supervisaban todos los pacientes. Se supervisaba uno con un supervisor y otro con otro, porque lo que se supervisaba no era el paciente, era el candidato. Bueno, hasta que no nos metamos en la cabeza que supervisar es saber lo que le pasa al psicoanalista que va a la supervisión, vamos a estar equivocando la cuestión.

Dr. Gustavo Chiozza: Fijate que volvemos exactamente al principio, porque entonces la contratransferencia es lo que dificulta la exacta inteligencia de lo que le pasa al paciente. Pero cuando uno dice “comprender o no comprender”, no es solamente comprender o no comprender, también es tener una idea de qué es lo que uno tiene que comprender. Porque, por ejemplo, hay una diferencia radical, abismal, entre decir yo comprendo lo que al paciente le pasa con la mujer y pienso que conmigo será más o menos lo mismo, a decir yo comprendo lo que al paciente le pasa conmigo y pienso que con la mujer será más o menos lo mismo. Son dos cosas completamente distintas.

Dr. Luis Chiozza: Y además no será igual con la mujer porque es otra.

Dr. Gustavo Chiozza: Exactamente. Pero esto es lo que va a dar el sentido de la ubicuidad. Y esto es lo que va a hacer que la contratransferencia no sea un impedimento que dificulte la exacta inteligencia, sino un instrumento de lo que está pasando aquí. Entonces, por ejemplo, cuando yo no comprendo, yo, por ejemplo, puedo tener un recurso: claro, yo no comprendo lo que le pasa con la esposa porque no estuve allí. Entonces no comprendo, porque estoy queriendo comprender donde la cosa no es, ¿no? Entonces, por ejemplo, si yo pensara, por poner un ejemplo, no digo que esto sea la Biblia, pero si yo digo, si todo esto mismo que el paciente me acaba de contar, si yo recuerdo que mi teoría me dice que esto son una serie de representaciones donde lo inconsciente

transfiere su investidura, entonces sería exactamente lo mismo si él me hubiera dicho: “Soñé que...” y después me contara todo. Pero cuando yo le agrego “soñé que”, todo el material me cambia de perspectiva, porque ahora es un sueño. Y entonces, ahora yo tengo que hacer una cosa distinta con ese material. No, no es que tengo que hacer una cosa distinta, era la misma que tenía que hacer, pero yo estaba pensando que tenía que hacer otra, ¿se entiende? Por eso decía que no es solamente “comprendo o no comprendo”, sino que cuando uno no comprende, tiene un montón de cosas que preguntarse de por qué no comprende, de qué es lo que está queriendo comprender, de cómo puede hacer para comprender.

Lic. Liliana Casali: Bueno, esto que vos aportás me esclarece, porque nosotros decimos, bueno, en la supervisión, en otras oportunidades, lo que surgía era comprender el punto de urgencia compartido de lo que estaba pasando ahí. O sea, el analista que va a supervisar lleva a su paciente “puesto”, y entonces decíamos en un principio, es el punto de urgencia compartido entre los tres, o es el punto de urgencia compartido entre el analizado y el supervisor. Pero esto no es entender o comprender cómo está trabajando el psicoanalista.

Dr. Luis Chiozza: No, Liliana, no lleva a su paciente “puesto”. Es más, por algo supervisa ese paciente, porque es el que mejor le representa algo que le está sucediendo a él. Entonces, el paciente es un pretexto. Volvemos a lo mismo. O es que no entendemos por qué razón los próceres del psicoanálisis les decían a los candidatos: “Tráiganme un solo paciente a supervisar, yo necesito saber cómo trabaja usted, con un paciente me alcanza”. Bueno, esto es lo que tenemos que ponernos adentro de la cabeza, porque estamos insistiendo en que vamos a supervisar... y, es más, el chiste es que la gente viene a supervisar, hasta me pregunto si no tendría que plantarme y decir “no lo voy a hacer más”, y me traen todos sus pacientes a supervisar. Y quieren que se los repase uno por uno. ¿Y esto qué es? ¿Qué es esa supervisión? Es mantener oculto el punto de urgencia que está haciendo crisis con esa colega que viene a supervisar y con este hecho de supervisar a todos los pacientes, creen que estamos hablando de los pacientes, no de lo que hace ella.

Dr. Gustavo Chiozza: Los grandes descubrimientos en la técnica -uno podría decir la transferencia, la contratransferencia, los puntos de urgencia compartidos y creo que con eso ya estamos hechos, si quedó alguna cosita, no tiene la misma importancia- sucedieron como revelaciones. Entonces no es lo mismo que uno racionalmente diga, el paciente tiene un poliedro que se pone en contacto con el poliedro del analista y forman un punto de urgencia compartido. Y después este poliedro, el analista se va a la supervisión y es otro poliedro con el poliedro del supervisor. Y uno dice, ¿esto es en serio? ¿Esto es esotérico? Pero esto no es así. O sea, lo que sucede es lo siguiente. De pronto vos te encontrás con una revelación, que lo que te está pasando con el supervisado, que de repente lo entendés, que es lo que a vos te está pasando con él, y decís, pero esto es lo mismo que al supervisado lo que está pasando con el paciente. Y es lo mismo que lo que el paciente está contando que le pasa con la esposa. Esa manera de ver, como el ojo mágico, *todo* es lo que después te dice, bueno, entonces algo tiene que haber pasado. Pero no es lo

mismo la explicación mecánica, que esta revelación, que esta experiencia emocional que uno tiene. Es como si uno dijera, sí, en el ojo mágico uno de repente ve el delfín y después cuando se le borra la visión uno quiere buscar en el dibujo dónde están las líneas y no las encuentra. Porque no es lo mismo buscar las líneas que tener esa visión que se produce. No sé, es un ejemplo, ¿no?

Lic. Annick Gómez: Con respecto al tema del progreso, yo pensaba si también, no sé si tiene sentido, pero iluminar el aspecto en que el progreso es del vínculo, ¿no? Entonces no es lo mismo un analista que puede progresar en las temáticas que le traen los pacientes que un analista que no puede progresar, que no puede avanzar él o que no se analiza, que no supervisa, que no estudia. No es lo mismo en el vínculo, yo me imaginaba que tal vez a veces un paciente se encuentra con un techo con su analista y el análisis se interrumpe y no es lo mismo todo lo que el analista pueda progresar y avanzar, y todo lo que no pueda. Y con respecto a la incompreensión, yo fui a leer la Jornada de Técnica¹, la introducción, doctor, que usted hizo del 2019 y ahí hablaba de la incompreensión. Y decía que, cuando uno no comprende, hay tres posibilidades que suceden. Una es que uno espera, sigue intentando poder comprender; otra que es que uno espera *obsesionado* por comprender; y otra es que uno sigue esperando, pero en el fondo renunció a poder comprender. Eso me había parecido muy interesante. Gracias.

Dr. Luis Chiozza: Sí, otro tema interesante es el tema del analista que se analiza y el analista que ya no se psicoanaliza. Porque hay dos tipos de analistas que no se psicoanalizan, los que han terminado un análisis en el diván y siguen analizándose, y los que terminaron el psicoanálisis en el diván y empeoran. No hay ninguna otra posibilidad intermedia. Se siguen analizando porque tienen la capacidad para hacerlo sin acostarse en un diván y, en general, esto se ve a través de muchísimas cosas: los trabajos que escriben, cómo los trabajos que escriben son procesamientos de situaciones internas, sus intervenciones en las discusiones, cómo las intervenciones en las discusiones marcan un movimiento en su pensamiento o no lo marcan. O nos encontramos con un analista que cinco años después dice exactamente las mismas cosas. Y, bueno, creo que todo esto es muy importante, tanto con el análisis como con la supervisión. Porque uno puede supervisar o no, pero es distinto el colega que no supervisa, pero se analiza y cuenta en su sesión lo que le pasa con sus pacientes. O el que se lo cuenta a un colega; no necesariamente tiene que contárselo por el nombre y apellido del paciente, pero le dice, mirá lo que me pasa, y de alguna manera esto le permite elaborar. Y yo creo que todo esto marca todo un proceso al que vale la pena prestarle atención, porque son cuestiones típicas de las comunidades psicoanalíticas.

Lic. Mirta Dayen: Una pregunta, porque volví atrás en lo que había ido anotando hoy y encontré que remarqué algo que dijiste: que estamos en un punto que da vuelta la cosa con lo holográfico; con la interpretación y la hipótesis holográfica da vuelta la cosa, dijiste, para siempre, al darle respuesta a lo que Cesio se preguntaba en el año 1964. Y dijiste así: “No solamente que es el mejor ejemplo de lo tolerable, sino que es reasegurante de por sí”. Te

¹ Ref: Jornada “Acerca de la técnica psicoanalítica”, del día 21 de septiembre de 2019.

pregunto, ¿reasegurante de por sí quiere decir que le estás diciendo algo al paciente que le viene pasando desde siempre y le pasa, y que eso mismo, al ponérselo en palabras, da cuenta que no se murió por eso, que sigue estando, digamos, que llegó hasta aquí a pesar de eso? ¿Eso quiere decir?

Dr. Luis Chiozza: Así es, así es. Yo creo que la esencia de la vocación psicoanalítica es una y solo una, la necesidad que, hemos dicho, mal y pronto, se dice de la psiquiatría que psiquiatra es el sujeto que eligió tener la llave del loquero, pero que se pasa en el loquero tanto tiempo como los locos. Bueno, podríamos decir, parafraseando esto, que la esencia de la vocación psicoanalítica es la necesidad de reconocerse holográficamente de manera inaferrable -porque es inaferrable, pero en el fondo sin embargo funciona- en la proyección de uno mismo que es el paciente. Y cuando uno entiende es cuando uno ve en el paciente algo que está comprendiendo uno. Por eso se dice que la diferencia entre el psicoanalista y su paciente, ambos están conectados en lo inconsciente, pero uno, el psicoanalista, por su formación, tiene una permeabilidad preconsciente mayor que el paciente. Bueno, es otra manera de decir lo mismo.

Dr. Gustavo Chiozza: Yo creo que, volviendo un poco a lo que decía Annick o a lo que a mí me despertó como asociación algunas de las cosas que dijo. Hay dos maneras o dos motivos por los cuales uno hace las cosas bien. Una es porque uno quiere que le suceda algo bueno y otra es porque uno no quiere que le suceda nada malo. E identificar lo que no queremos no determina un norte para nuestra vida. Si yo sé que este verano no quiero ir de vacaciones a Mar del Plata todavía no tengo resuelto dónde ir de vacaciones. Entonces, cuando uno no quiere que le pase nada malo, todavía no determinó qué es lo que quiere que le pase. Entonces, cuando uno hace las cosas bien, entre comillas, con esta fantasía de protección: “yo me analizo tres veces por semana, superviso una vez por semana, me porto bien, me cepillo los dientes”, eso no garantiza nada. Ni siquiera que a uno no le pase nada malo, creo que garantiza que sí.

Dr. Luis Chiozza: Pero quisiera agregar que tampoco garantiza que no lo haga.

Dr. Gustavo Chiozza: Obviamente. Pero lo que quiero decir, es que ese no es el motivo por el que uno debería analizarse. No digo que Annick haya dicho esto, a lo mejor yo lo asocio con algo de lo que ella dice. Decía, bueno, a lo mejor el analista, el techo, todos estos conceptos. Si uno se quiere analizar, hasta se puede analizar, digamos... Uno, como analista, ve la diferencia que hay entre los pacientes que te ayudan y los pacientes que te ponen palos en la rueda. Los pacientes que quieren sacar lo mejor de vos y quieren tratar de explicarte lo mejor que ellos pueden lo que les pasa, y los otros que te quieren despistar, hacer hojarasca, decir que todo está bien. Entonces, hay una diferencia también muy grande y tenemos que reflexionar sobre esta cuestión. Entonces, no es que, si yo me analizo y superviso tantos años, después llega un viernes y ya tengo el éxito garantizado. Y justamente esto que vos decías del psiquiatra, o del analista en este sentido, ese sujeto que está necesitado, apasionado, queriendo... Recién hablaba de esta revelación que uno tiene.

Cuando uno la tiene, uno la quiere tener de nuevo, y cuando uno siente que comprende y se abre esta dimensión y después se cierra, uno quiere que vuelva, y quiere otra vez, y entonces se apasiona y quiere entender qué es lo que vio y cómo, y ponerlo en palabras y compartirlo. Esto no tiene nada que ver con que a uno le vaya bien, con que uno gane dinero, con que uno tenga muchas horas ocupadas. Una cosa es el espíritu y otra es este otro aspecto material.

Dr. Luis Chiozza: Cuando un paciente te pone palos en la rueda, lo mejor no es interpretarle. Lo mejor es un silencio atento y cordial, porque la experiencia muestra que cuando el paciente se resiste, da vueltas, hace todo tipo de, llamémosle, si ustedes quieren, chicanas, el silencio atento y cordial -no hostil, atento y cordial-, termina por hacer que él empiece a procesar lo que le pasa y cambia su disposición. Esto me parece que... los invito a que hagan la prueba porque se van a sorprender del resultado que da. El silencio atento y cordial hace que el paciente restablezca el vínculo.

Dr. Gustavo Chiozza: Claro, vos decís “no hostil”. El problema es que cuando uno tiene la hostilidad, la tiene que resolver, porque fingir una cordialidad no restablece mucho.

Dr. Luis Chiozza: Bueno, justamente, cuando uno tiene una contratransferencia hostil, su labor ya no es comprender lo que le pasa al paciente, es comprender lo que le pasa a uno.

Dr. Gustavo Chiozza: Sí, sí, obviamente. Renacer como el gato Félix, como decía Racker (risas).

Dr. Luis Chiozza: Cuando uno está entre la espalda y la pared... (risas)

Dr. Gustavo Chiozza: Bueno, si todos los problemas técnicos están solucionados...

Dr. Luis Chiozza: Bueno, yo creo que podemos finalizar la reunión yéndonos con el sentimiento -por lo menos eso es lo que me pasa a mí-, de una, diríamos, una comunicación que de alguna manera resulta grata y genera muchas esperanzas. Muchas gracias.