

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS



TOMO VIII (1964-1979)

ACERCA DEL PSICOANALIZAR 1

Escritos de técnica psicoanalítica



libros del
Zorzal

Obras Completas

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS
TOMO VIII

Acerca del psicoanalizar 1

Escritos de técnica psicoanalítica

(1964-1979)



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis Antonio

Acerca del psicoanalizar 1 : escritos de técnica psicoanalítica - 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

v. 8, 264 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-084-5

1. Psicoanálisis. I. Título
CDD 150.195

CURADORA DE LA OBRA COMPLETA: JUNG HA KANG

DISEÑO DE INTERIORES: FLUXUS

DISEÑO DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2008

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-084-5

Libros del Zorzal

Printed in Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de

Obras Completas, escribanos a:

info@delzorzal.com.ar

www.delzorzal.com.ar

ÍNDICE

LA NEGACIÓN Y LA OMNIPOTENCIA (“MANÍA”) EN LA INTERPRETACIÓN (1964), Fidas Cesio, Sergio Aizenberg, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares	11
ENTRE TÚ Y YO SE INTERPONE USTED (1970 [1966]), Fidas Cesio, Sergio Aizenberg, Julio Aray, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks y Julio Granel	21
I. El uso del “usted”, un estudio psicoanalítico	23
II. El uso del “usted” en la práctica psicoanalítica.....	31
LA ENVIDIA EN LA CONTRATRANSFERENCIA (2008 [1966]), Luis Chiozza y Gilda S. de Foks.....	37
ESTUDIO Y DESARROLLO DE ALGUNOS CONCEPTOS DE FREUD ACERCA DEL INTERPRETAR (1966), Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini	47
La base teórica de la terapéutica psicoanalítica	49
La interpretación adecuada	51
La crítica racional.....	52
La abolición conciente del rechazo intelectual	53
El análisis de la transferencia.....	55
La reactivación del recuerdo	59
La movilización del afecto	61
La “dosificación” del afecto.....	62
Síntesis y conclusiones	64

EL USO DEL PENSAMIENTO LÓGICO EN LA INTERPRETACIÓN PUESTO AL SERVICIO DE LA CONTRARRESISTENCIA (1966), Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini.....	69
EL QUÉ-HACER CON EL ENFERMO (1970 [1968]).....	77
El trabajo problemático del médico	79
Transformación de la “doble” interioridad médico-paciente	85
COMENTARIO AL ARTÍCULO DE JOEL ZAC ACERCA DE CÓMO SE ORIGINAN LAS INTERPRETACIONES EN EL ANALISTA (1972)	89
CONOCIMIENTO Y ACTO EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA (1974 [1972])	99
La problemática del conocimiento médico y su relación con el acto	101
Necesidad, deseo, conocimiento y acto durante el ejercicio de la medicina.....	104
Las fuentes “externa” e “interna” del conocimiento médico	105
La disociación psicosomática.....	106
La zona erógena como fundamento de una relación específica entre psiquis y soma.....	108
El concepto de fantasías específicas.....	110
Conocimiento “objetivo” y conocimiento “subjetivo”.....	111
Dos sistemas complementarios de conceptualización del conocimiento médico	112
Hacia una teoría general unificada de los actos médicos	113
EL PROBLEMA PSICOSOMÁTICO Y LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA (1976 [1974])	117
Mano y palabra.....	119
Energética y hermenéutica.....	121
LA INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL (1974).....	125
EL CONOCIMIENTO PSICOANALÍTICO DE LA ENFERMEDAD SOMÁTICA (1975)	135
I. El cuerpo en la teoría psicoanalítica	137
II. La interpretación psicoanalítica de los fenómenos somáticos	140

LAS FANTASÍAS INCONCIENTES DE LOS PADRES EN LA ENFERMEDAD DE LOS HIJOS (1995 [1975]), Luis Chiozza,	
Alejandro Fonzi y Víctor Laborde	145
Diego.....	147
Jazmín	150
Hernán.....	153
HACIA UNA TEORÍA DEL ARTE PSICOANALÍTICO (1978).....	
Estudio de un episodio en la relación Dora-Freud.....	159
Cómo Dora produce la neuralgia facial	161
El encuentro con Freud	163
Cómo Freud produce la sonrisa	163
La teoría que acompaña al dolor	164
El influjo terapéutico y la interpretación.....	166
La técnica y el arte de psicoanalizar	168
Hacia una teoría del arte psicoanalítico	172
LA INTERPRETACIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA (1998 [1978-1979])	
La realidad psíquica y la realidad material	177
Dos esquemas teóricos complementarios para una teoría de la transferencia	180
La dificultad fundamental en el trabajo psicoanalítico con la transferencia y la contratransferencia.....	183
La transferencia-contratransferencia como manifestación de un proceso terciario	184
La interpretación de la transferencia-contratransferencia.....	186
SOBRE LA FORMA Y LA OPORTUNIDAD DEL HABLAR Y EL CALLAR LA TRANSFERENCIA (1979).....	
Acerca del silenciar la transferencia	191
Aquí y ahora conmigo.....	192
Las cuatro funciones del objeto en la transferencia-contratransferencia	195
La oportunidad del hablar y del callar	197

ACERCA DEL USO Y EL VALOR DE LA REALIDAD, LA TRANSFERENCIA Y LA HISTORIA EN EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO (1980 [1979])	201
Acerca del tiempo primordial y del espacio “interno”	203
La revalorización de la historia	205
La función del silencio	207
La reacción terapéutica negativa frente a la interpretación de la transferencia	208
Acerca del cómo interpretar la transferencia	209
La oportunidad de la palabra	213
Los hechos, la materia y el tiempo	214
Sobre la atemporalidad	216
Acerca del deseo, lo real, la enfermedad y la vida	220
Érase una vez... ..	222
 EL ESTUDIO PATOBIOGRÁFICO COMO INTEGRACIÓN DEL CONOCIMIENTO PSICOANALÍTICO CON LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA GENERAL (1979), Luis Chiozza, Carlos Bahamonde, Alejandro Fonzi y Juan Carlos Scapusio	 225
 Bibliografía	 235

**LA NEGACIÓN Y LA
OMNIPOTENCIA (“MANÍA”)
EN LA INTERPRETACIÓN**

(1964)

Fidias Cesio, Sergio Aizenberg, Alberto Chab,
Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel
y Juan Olivares

Referencia bibliográfica

CESIO, Fidas y colab. (1964b) “La negación y la omnipotencia (‘manía’) en la interpretación”.

Ediciones en castellano

Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía, t. I, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 5-14.

Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 74-82.

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 193-203, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El texto del presente trabajo fue realizado por un grupo, coordinado por Fidas Cesio, y del que formaba parte Luis Chiozza junto a Sergio Aizenberg, Alberto Chab, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares.

La teoría de la técnica psicoanalítica presenta numerosos enigmas. En este campo la práctica ha aventajado a la teoría. Sabemos más sobre lo que tenemos que hacer que sobre la teoría de nuestros principios técnicos. Estas consideraciones, entre otras, han significado un estímulo para esta contribución a la teoría de un elemento fundamental de la técnica psicoanalítica como es la interpretación.

La negación y la omnipotencia son dos conceptos habitualmente descritos como elementos de la patología dentro de la manía-enfermedad, mas también algunos autores los han considerado como constantes en el funcionamiento normal del aparato psíquico, siguiendo así estos conceptos el destino que han tenido los demás elementos de la teoría psicoanalítica, los que, desde su creación con el objeto de comprender la patología, han sido incorporados a la explicación del funcionamiento del aparato psíquico normal. En estos términos, los conceptos de negación y omnipotencia resultan sumamente útiles para la explicación de elementos básicos de la técnica psicoanalítica, como la transferencia-contratransferencia y la interpretación.

Nuestra hipótesis es que en la interpretación el analista niega una parte de la “realidad” del paciente así como una parte de la “realidad” de sí mismo y su ámbito. “Realidad” que constituye el material manifiesto del paciente o, en otros términos, la “realidad exterior” en la sesión, y en parte sustituye omnipotentemente esa “realidad externa” negada, por su fantasía interpretativa, es decir, por la “realidad interna” del paciente. Es importante destacar que además del contenido manifiesto de la sesión al que hemos llamado “realidad externa”, y del contenido latente, que llamamos “realidad interna”, participa en la interpretación otra “realidad”, que es la de los objetos del mundo de afuera de la sesión. La existen-

cia de estas tres realidades nos parece significativa para la hipótesis de este trabajo; sobre este punto volveremos más adelante. El componente omnipotente en la interpretación resulta evidente cuando pensamos que el material del paciente comprende complejos contenidos, que a su vez comprenden acciones desarrolladas en el tiempo y en las que el paciente ha invertido cantidades vitales de energía. Nosotros tomamos los símbolos con los que el paciente representa sus contenidos y los sustituimos por otros como de ninguna manera podemos pensar posible realizar con los objetos representados por esos símbolos.

En lo que sigue vamos a comentar nuestra hipótesis en unos ejemplos, con los que simultáneamente se aclara la manera con la que aplicamos los conceptos de la negación y la omnipotencia en la teoría de la interpretación.

Tomaremos para ello dos interpretaciones. Una de éstas pertenece al libro de Klein sobre el análisis de Richard (Klein, 1961), procurando trabajar así sobre un material que por estar publicado es fácilmente accesible. La otra interpretación pertenece a una sesión realizada por uno de nosotros.

La sesión del libro de Klein, de la que extraemos la interpretación que sigue, es la número 52.

Richard comenzó con unos comentarios sobre “raids” efectuados por la RAF y sobre éxitos militares rusos. Luego dibujó sobre un papel unas líneas que dijo que eran vías ferroviarias, sobre las que hacía correr el lápiz que hacía las veces de tren. El lápiz-tren partía de la estación “Tima”. Cuando pasaba por determinados lugares Richard hacía ruidos y en otros permanecía silencioso. Preguntado por Klein, contestó que permanecía silencioso en los lugares donde el enemigo podía oírlo. Asoció “Tima” con un lugar conquistado por los aliados en Abisinia y también con Tim, un chico simpático pero “terrorífico”. También agregó que lo perseguían muchos enemigos, que representó por numerosos puntos que agregó al dibujo.

Interpretación: Klein interpretó que Tim, el agradable “terror”, era (*stood for*) la parte agradable de Richard, como Bobbie –un perro de Richard–. También representaba, como lo hacía el tren, el genital de Richard metiéndose en el genital de Klein y en el genital de “Mummy” y en el interior de ellas. Por esto era perseguido por “Daddy” y su genital.

Richard asoció –refiriéndose a los puntos– que “Daddy” podía ser muchos “Daddies”, porque era un mago.

En este fragmento nos encontramos con una interpretación normalmente construida y utilizada.

El material “real externo” –que corresponde al material manifiesto– con que contaba Klein eran, además del habitual constante en la situación analítica, los comentarios de Richard, un dibujo sobre un papel

que consistía en unas líneas y unos puntos, un lápiz y las actuaciones y asociaciones de Richard.

La “negación” de una parte del material “real externo” antedicho es evidente –teniendo siempre en consideración que hablamos de la negación en un contexto positivo reparatorio–. El lápiz parcialmente “deja” de ser tal, así como las líneas sobre el papel y los puntos. También es negada la representación manifiesta de las asociaciones de Richard. El amigo Tim y el perro Bobbie pierden su “realidad”.

La “realidad externa” negada es sustituida omnipotentemente por la “realidad interna” (contenido latente) de Richard. También es importante recordar que hablamos de la omnipotencia, así como dijimos para la negación, dentro de un contexto positivo reparatorio. Tim pasa a representar una parte de Richard así como Bobbie. El lápiz, negada su condición y “transformado” en tren por Richard, pasa en la interpretación a representar el genital de Richard metiéndose en el genital de Klein y de “Mummy”. También Tim y Bobbie en la interpretación se han “transformado” en el genital de Richard penetrando en Klein y en “Mummy”. Los puntos en el papel han sido “transformados” en “enemigos” por Richard, y en el padre que persigue con su genital a Richard por Klein.

La asociación de Richard a la interpretación, cuando refiriéndose a los puntos que dibujó dice que el padre puede ser muchos padres porque es un mago, podemos comprenderla como un sentimiento de Richard de que Klein “es” un mago, y que su interpretación “es” magia, es decir, comprende omnipotencia.

Veamos ahora el otro ejemplo. Corresponde a una interpretación de uno de nosotros.

Se trata de una paciente en análisis desde hace varios años, cuyo material, en la época a la que pertenece la interpretación que vamos a transcribir, era el de su relación con su madre persecutoria internalizada.

En el material que precedió a la interpretación que comentaremos, la paciente refirió que estar en el campo con frío le había hecho bien. El analista interpretó que el frío le había hecho bien porque le calmaba la “inflamación”, la “calentura”, la “fiebre”. A continuación la paciente asoció que esa noche, afuera, sintió chuchos y que le pareció que todo volvía, el dolor de cabeza y de garganta, y que entonces encendió la estufa, una estufa a gas de garrafa que le había prestado la madre, pero sintió olor a gas y temió intoxicarse.

Interpretación: Le tiene miedo a su mamá que está en la garrafa, persiguiéndola desde la garrafa. El olor a gas es la sensación de que su mamá la envenena, y el calor de la estufa es como el calor de su mamá y como el calor de la sesión, que también es peligroso porque puede quemar y envenenar.

El material sobre el que elaboramos nuestra interpretación corresponde a una constante, el ámbito analítico, y a las asociaciones de la paciente, quien trae así su “realidad externa” (material manifiesto): el frío, la garrafa con pérdida de gas, “su descompostura”, etc. El analista negó parcialmente esta “realidad externa” que había traído la paciente y omnipotentemente la “transformó” en otra “realidad” derivada de la “realidad interna” (contenido latente) de la paciente. En esta interpretación la garrafa es sustituida por un objeto de la “realidad interna” de la paciente, la madre que quema y envenena, y en otro paso, también omnipotentemente, el analista se “transforma” en esa estufa-madre que quema y envenena.

Los conceptos de negación y omnipotencia que hemos aplicado a la teoría de la interpretación, junto con los de disociación e idealización, constituyen la base de la teoría que explica la manía.

En la literatura psicoanalítica, y por lo tanto en Freud, encontramos numerosos antecedentes de estas ideas, mas, dado el carácter limitado de esta comunicación, mencionaremos tan sólo aquellos trabajos directamente relacionados con la hipótesis que exponemos.

Melanie Klein, en sus estudios sobre la posición depresiva (Klein, 1934), se ocupa de la negación y la omnipotencia como mecanismos normales que aparecen en el proceso del desarrollo del yo.

Según Klein, durante la posición depresiva –en la cual el yo está más integrado y se empieza a relacionar con un objeto total–, surge, derivada del instinto de vida y ante la presión de las ansiedades depresivas, la necesidad indispensable de reparar al objeto dañado. Para esta reparación se emplean mecanismos maníacos, que implican omnipotencia. El sentimiento de omnipotencia se corresponde con una vivencia de esperanza que, según Klein, aparece siempre junto con la vivencia depresiva. Sin este sentimiento, y sin la negación, la disociación y la idealización, no podría comenzar la reparación.

Klein dramatiza esta situación cuando dice que el yo del bebé siente algo así como: “No, no está muerta mi madre, pues yo puedo revivirla”.

El bebé usa así la disociación, la negación y la omnipotencia. No tiene otra forma de empezar a reparar, hasta que adquiere más confianza en sus objetos –que entonces ya están más seguros y reparados– y en su poder de reparación. Klein agrupó estos mecanismos en la *posición maníaca* a la que colocó después de la posición depresiva, aunque también encontró estos mecanismos activos en los niveles paranoide-esquizoides del desarrollo del yo.

Apliquemos ahora estos conceptos a las ideas sobre la teoría de la interpretación que estamos desarrollando. Diremos que la interpretación que surge dentro de la mente del analista, resultado de un complejo proceso entre anali-

zado y analista, tiende básicamente a la reparación de los objetos dañados del paciente y, por consiguiente, a la integración y la unión de lo disociado.

La interpretación se da pues dentro de un contexto y un marco correspondiente a la posición depresiva descrita por Klein.

Es perfectamente comprensible entonces que en la interpretación normal, tal como postulamos más arriba, participen, como en la reparación de la posición depresiva, la negación y la omnipotencia descritas por Klein como defensas maníacas.

En sus trabajos sobre el psiquismo fetal, Arnaldo Rascovsky (1960) enfatizó el papel de la omnipotencia y la idealización como mecanismos normales de la relación de objeto del yo con el ello durante el período fetal. Nos habló también de cómo la técnica psicoanalítica favorece durante la sesión la presentación de la regresión a niveles fetales del yo, que surge de la desconexión con los objetos reales externos y la intensificación de la carga sobre la fantasía. La elaboración de estas ideas sobre la existencia de mecanismos maníacos normales en el desarrollo del yo llevó a Rascovsky a la descripción de una posición maníaca (Rascovsky, 1962), que caracterizó como un modo de funcionamiento normal del yo fetal, cuando la relación del ello con el yo se establece dentro de las leyes mágicas del contacto y la simpatía y en las condiciones económicas necesarias para el manejo de los objetos visuales bidimensionales. La diferente temporalidad es una de las características de esta posición maníaca. Podemos pensar que esta posición maníaca descrita por Rascovsky sigue activa en el yo posnatal, como correspondería a las defensas maníacas y a la posición maníaca señalada por Klein.

Entre nosotros Grinberg ha descrito la negación y la omnipotencia como mecanismos que se presentan normalmente en el desarrollo del yo (Grinberg, 1957, 1961*b*).

La interpretación tiene sus fuentes en la “atención flotante”, concepto poco explicado hasta ahora pero que, aún sin haberlo hecho el objeto de un estudio especial, lo concebimos como la utilización en la técnica psicoanalítica de capacidades de nuestro yo que podemos adscribir a los mecanismos descritos por Rascovsky dentro de la posición maníaca. La transferencia-contratransferencia, que es el “material” esencial de la atención flotante y la fuente más importante en la interpretación, se establece de una manera tal (Cesio, 1963) que también nos lleva a pensar que los mecanismos de la posición maníaca descrita por Rascovsky desempeñan un papel fundamental. Siguiendo estas ideas podemos pensar que en la transferencia-contratransferencia, la atención flotante y su corolario, la interpretación, participan de un modo fundamental los mecanismos maníacos.

Acabamos de decir que en la interpretación participan mecanismos maníacos que pensamos corresponden a una capacidad del yo prenatal. Para la elaboración de esta hipótesis nos han resultado fundamentales, tal como vimos hasta aquí, la contribución de Rascovsky (1962) sobre la posición maníaca y las ideas, que en lo que sigue vamos a exponer, desarrolladas por nosotros.

Para nosotros, los diversos mecanismos y contenidos que encontramos en el yo, incluida la negación, tienen sus antecedentes en el yo prenatal, siguiendo así el modelo biológico que nos muestra que cada constituyente del ser humano tiene su antecedente genético y se desarrolla durante la gestación. Ya Freud (1923*b*) en *El yo y el ello* estableció una continuidad entre el superyó y elementos prenatales cuando describe el complejo de Edipo como hereditario y actualizado en el historial personal del sujeto¹. Es así que cuando hablamos de los contenidos prenatales aletargados conteniendo en su seno la escena primaria en su versión más primitiva, asimilando al objeto aletargado así constituido a los núcleos psicóticos de la personalidad y a los aspectos “abortados” del yo prenatal, pensamos en una muy compleja organización del yo prenatal (Cesio, 1960*a* y 1960*b*, 1964; Cesio y colab., 1970*c* [1963]; Chiozza, 1963*a*; Granel, 1963; Aizenberg, 1964*b*). Ahondando en su estudio llegamos a concebir en el yo prenatal la existencia de una disociación fundamental y de un protosuperyó y, por consiguiente, la existencia de mecanismos maníacos ya en estos niveles. También hemos descripto la existencia de un “mundo externo” para el yo prenatal constituido por el interior de la madre (Chiozza, 1963*a*; Aizenberg, 1964*b*).

Retomamos aquí las consideraciones sobre la “realidad” que hicimos al comienzo de este trabajo, y que nos parecen tan importantes para entender la participación de los elementos prenatales, tal como lo concebimos nosotros, en la interpretación. Diferenciamos entonces un adentro y un *afuera* de la sesión, y en el *adentro* de la sesión, una “realidad externa” (material manifiesto) y una “realidad interna” (contenido latente).

¹ Es así como entendemos sus palabras, tan frecuentemente citadas por nosotros por resultarnos tan significativas, cuando dice: “Detrás del ideal del yo yace escondida una identificación primera y la más importante, su identificación con los padres en su propia prehistoria personal. Ésta, aparentemente, no es en primera instancia la consecuencia o el resultado de una catexis de objeto; es una identificación directa o inmediata y tiene lugar más temprano que cualquier catexis de objeto. Mas la elección de objeto perteneciente al primer período sexual y referida al padre y a la madre parecen normalmente encontrar su resultado en una identificación de esta clase reforzando así las identificaciones primarias”.

Veamos estas ideas en el ejemplo que expusimos en segundo término. En ese material podemos distinguir una realidad del *afuera* de la sesión que corresponde a las circunstancias y objetos concretos como: el campo donde la paciente pasó el fin de semana, el frío, la estufa a gas, la garrafa, la misma paciente, nuestro consultorio, nuestra persona, etc. También distinguimos un *adentro* de la sesión donde encontramos una “realidad externa”, llamando así al contenido manifiesto de la sesión, es decir, el relato de la paciente donde aparecen representaciones verbales de los objetos del *afuera* de la sesión que antes describimos, y una “realidad interna” que corresponde a los objetos del inconciente, es decir, al contenido latente, y que en este caso está representado por la relación del yo de la paciente con la madre internalizada que quema y envenena.

AFUERA DE LA SESIÓN	ADENTRO DE LA SESIÓN	
El campo, el frío, la estufa, la garrafa, la paciente, nuestro consultorio, nosotros, etc., es decir, los objetos en su existencia propia.	“ <i>Realidad externa</i> ”: Las representaciones verbales de los objetos del <i>afuera</i> que aparecen en las asociaciones.	“ <i>Realidad interna</i> ”: La madre internalizada que quema y envenena, es decir, los objetos internos.

En la interpretación, la “realidad” del *afuera* de la sesión, aunque tácita, está negada, y la “realidad externa”, es decir, el contenido manifiesto de las asociaciones de la paciente, está también parcialmente negada cuando le decimos a la paciente que la garrafa representa a la madre, y, más adelante, que representa al analista.

Siguiendo con este ejemplo encontramos que la interpretación, a su vez, comprende las tres realidades que acabamos de describir, ya que en ella aparece tácita la realidad del *afuera* en el ámbito concreto del consultorio, en la presencia personal del analista, en la propia función analítica, etc.; esta realidad del *afuera* se confunde en la interpretación con la “realidad externa” y la “realidad interna” cuando el analista interpreta que la estufa representa a la madre y a él en la transferencia y que por fin corresponde a ese objeto interno de ella que quema y envenena. La interpretación integra así estas tres realidades deshaciendo las disociaciones del yo de la paciente.

Tal como lo destacamos más arriba, cuando hablamos de la transferencia-contratransferencia, la atención flotante y la interpretación, el *adentro* de

la sesión tiene una intensa connotación prenatal, y las vicisitudes de la transferencia-contratransferencia nos hablan de la compleja relación de objeto que encontramos dentro del yo prenatal. Por otra parte tenemos el *afuera* de la sesión que identificamos con el yo posnatal –y que corresponde a lo extrauterino de la vida prenatal–, ya que posee la temporalidad y la espacialidad propia de éste. Siguiendo con este esquema diremos que la relación entre los equivalentes yoicos del *afuera* y del *adentro* de la sesión nos está señalando la relación existente entre el yo prenatal y el yo posnatal en el aquí y ahora de la sesión.

Teniendo en consideración estas ideas, nos encontramos que cuando interpretamos aplicamos la negación y la omnipotencia en dos contextos: en el de *adentro* de la sesión, cuando negamos y sustituimos parcialmente el contenido manifiesto de las asociaciones, apareciendo entonces estos mecanismos maníacos como propios del yo prenatal; y la negación del *afuera* de la sesión, que corresponde así a la negación de aspectos del yo posnatal y su sustitución parcial por objetos del mundo interno del paciente.

Volvemos aquí a la cita de Klein cuando describe los mecanismos maníacos como un medio de comenzar la reparación de los objetos dañados. Si consideramos estos mecanismos maníacos como la persistencia de modos de funcionamiento del yo prenatal en niveles depresivos posnatales, podemos pensar que en la interpretación, que tiene lugar en un contexto depresivo, son fundamentales los mecanismos de negación y omnipotencia propios del yo prenatal.

En conclusión: la interpretación, en cuya elaboración participan mecanismos de negación y omnipotencia propios del yo prenatal, surge en un contexto depresivo. Su fuente es una comunicación profunda y empática entre los inconcientes del analista y del analizado –transferencia-contratransferencia–, que tiene lugar según los mecanismos descriptos por Rasovsky en la posición maníaca.

La interpretación se vale de los mecanismos maníacos para reparar los objetos dañados del paciente, integrando las disociaciones existentes en el yo del mismo.

La interpretación sigue el modelo de la gestación y el nacimiento. Con nuestra atención “flotante” nos “metemos” en los contenidos prenatales del paciente –transferencia-contratransferencia– y con la interpretación resolvemos las disociaciones del yo correspondientes a esos niveles, simultáneamente con las de los niveles paranoide-esquizoides, atrayendo estos contenidos a un contexto depresivo.

ENTRE TÚ Y YO SE INTERPONE USTED

(1970 [1966])

Fidias Cesio, Sergio Aizenberg, Julio Aray, Alberto Chab,
Luis Chiozza, Gilda S. de Foks y Julio Granel

Referencia bibliográfica

CESIO, Fideas y colab. (1970j [1966]) “Entre tú y yo se interpone usted”.

Ediciones en castellano

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 205-220, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Este artículo incluye dos trabajos presentados en el II Congreso Interno y X Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1966: “El uso del ‘usted’. Un estudio psicoanalítico” –este trabajo se publicó en las actas del congreso (Cesio y colab., 1966d), y un resumen del mismo se presentó en el VI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Montevideo, 1966–, y “El uso del ‘usted’ en la práctica psicoanalítica” –se publicó un resumen (Cesio y colab., 1966c) en las actas del congreso, que corresponde a los primeros párrafos del trabajo–.

I. El uso del “usted”, un estudio psicoanalítico

Al llegar a su término, por ahora indeterminable, todos aquellos conocimientos que hayamos logrado adquirir en nuestro camino, por mínimos que parezcan, se encontrarán transformados en poder terapéutico.

FREUD (1916-1917 [1915-1917], pág. 282)

Freud, ya en sus primeras obras, nos llamó la atención, especialmente en relación con el estudio de los sueños, los chistes y los actos fallidos, acerca del importante contenido latente que se manifiesta en las alteraciones del lenguaje.

Uno de nosotros realizó hace unos años un trabajo acerca del uso indebido de la doble negación y del pronombre posesivo *mío* en lugar del personal *mí*, basándolo en la tesis siguiente: cuando alguien utiliza una alteración o modificación del lenguaje, aunque esta modificación sea habitual y su uso sea extendido y común, es porque en él prosiguen operando, actual y continuamente, los mismos motivos que una vez dieran origen a tal alteración del lenguaje.

Otro de nosotros, en su trabajo *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a, pág. 39; 1995d [1963]),

² Conferencia pronunciada por Fidas Cesio en la Asociación Psicoanalítica Argentina en octubre de 1963.

al ocuparse de la disociación entre los aspectos ideales y materiales en la relación de objeto y sus implicaciones técnicas, estimulado por la tesis anteriormente expuesta, esbozó un camino para futuras investigaciones con las siguientes palabras: “En relación con este tema del ‘contacto’ con el paciente, merece investigarse el uso del *tú* y del *usted*”.

Usted es derivado, por contracción, de *vuestra merced*. Por su mismo origen, pasando a través del plural *vos*, abreviatura de *vosotros*, y primera fórmula de distanciamiento usada en lugar de *tú*, obedeció a la necesidad de constituir un trato indirecto, pudoroso, en tercera persona, que convirtiera al interlocutor en excluido, sea por temerosa veneración o por desprecio. Teniendo en cuenta lo anterior, debemos pensar que el trato de *usted* debe contribuir a que se disocie y coloque afuera el afecto correspondiente de la relación transferencial, recreando, actual y continuamente, la “distancia” que fue motivo de su formación, e introduciendo permanentemente un tercero, “abstracto” e “incorpóreo”, entre paciente y analista. Tal situación se torna evidente si, a manera de ensayo, lo sustituimos mentalmente por *vuestra merced*.

El tema nos interesa profundamente, porque representa no sólo someter a estudio nuestro propio instrumento terapéutico, el lenguaje, sino aquella parte del mismo, la “forma del trato”, que constituye la expresión verbal de un determinado tipo en la relación de objeto entre paciente y analista.

Durante tres años aproximadamente trabajamos sobre este tema, intercambiando nuestra experiencia clínica y elaborando nuestras ideas a través de extensas discusiones.

El ejercicio clínico y el estudio de numerosos ejemplos enriquecieron así el primitivo esqueleto teórico que fuera el punto de partida, aumentando nuestro interés en la medida en que se nos fueron revelando nuevas e insospechadas conexiones.

En castellano, y también en otros idiomas, el uso ha impuesto desde antiguo sus formas de trato “indirectas”, en las cuales el pronombre personal *tú* y el verbo correspondiente a la segunda persona del singular han sido sustituidos. De esta manera se introduce una “distancia” entre ambos interlocutores, sea por un respeto reverente³, sea por desprecio.

³ Los adjetivos “reverente” y “respetuoso”, que califican repetidamente el trato de usted, demuestran conexiones etimológicas con la palabra “vergüenza” y adquieren el sentido de una consideración o “miramiento” hacia lo que queda atrás, que nos despierta interesantes conexiones con la posición que mantienen durante el tratamiento el analista y el paciente. El afecto vergüenza, muy estrechamente conectado con el origen del trato de *usted*, ha sido estudiado por uno de nosotros.

Los argentinos usamos el *tú* muy poco, excepto en el lenguaje escrito o en la locución poética; usamos comúnmente el *vos* y el *usted*, cuyo origen en parte hemos comentado. Con el *vos* se utiliza un verbo que probablemente sea una derivación del que corresponde a la segunda persona del plural –por ejemplo: “vos querés” en lugar de “vosotros queréis”–. En cambio, con el *usted* se utiliza el verbo de la tercera persona del singular. El *vos* es anterior al *usted*, ya que este último aparece recién alrededor de 1620, cuando el uso había desgastado al *vos* como pronombre de respeto (Corominas, 1961).

Otras formas indirectas para dirigirse al interlocutor, comunes en otros idiomas, consistentes también en la utilización del pronombre de la tercera persona del singular –“el señor”, “la señora”, “ella”, etc.–, tienen poco o ningún uso entre nosotros. Nuestra fórmula de “mayor distanciamiento”, habitual, es el *usted*.

Como ya dijimos, *usted* es un derivado surgido de la contracción de *vuestra merced*. Constituyó originalmente, por lo tanto, una manera de dirigirse al interlocutor según la cual este último quedaba representado por su propia merced, gracia, clemencia o dádiva. O sea que el sujeto no osaba hablar de su interlocutor cuando hablaba con él sino que hablaba de la *merced*⁴ de este último.

Si somos consecuentes con la tesis que hemos expuesto al principio, según la cual cuando alguien utiliza una forma de expresión determinada es porque en él actúan y se hallan presentes los mismos motivos que una vez dieron origen a esa forma de expresión, hemos de ver la sorprendente importancia que adquiere, como índice de un contenido latente básico, la utilización del *usted* durante el tratamiento psicoanalítico. Podemos añadir que este contenido latente básico debemos suponerlo presente *aunque el uso del usted sea habitual en nuestra sociedad*.

Si proseguimos el estudio psicoanalítico de esta fórmula de trato, encontramos lo siguiente: cuando un sujeto se dirige a la *merced* de su interlocutor como si esta merced fuera una persona, se dirige a una actitud o cualidad del interlocutor; toma así una parte abstracta e incorpórea como si fuera el todo psicofísico que constituye una persona representada por un pronombre personal.

Pero además emplea el verbo en tercera persona, es decir que al hablar usando el *usted* presupone personificar una actitud o cualidad abstracta del interlocutor y *hablar con este* interlocutor de ella, su cualidad personifica-

⁴ Con el uso del *usted* hablamos de *vuestra merced*, con lo que a la forma indirecta, en la tercera persona, que este uso significa, se agrega el uso del plural *vuestra* –pronombre de la segunda persona del plural–, que implica un mecanismo defensivo de generalización.

da, *sin dirigirse a ella y sin “nombrar” a éste* por intermedio del pronombre correspondiente.

Usaremos para aclarar esto, y como ejemplo, un diálogo imaginario con un lector, en singular:

Si te digo: *¿Quiere vuestra merced (usted) escucharme?*, puedo, analizando este ejemplo, afirmar que:

- 1) Te pregunto (a ti) si *tu merced*, o sea *ella* y no *tú*, quiere escucharme. *Estoy hablando contigo*, pero sin nombrarte, y en realidad estoy hablando *de ti*, pero busco aparentar que no estoy hablando *de ti* sino de *ella*.
- 2) Te hablo además (a ti) *de ella*, *tu merced*, como si fuera una persona capaz de querer o no querer escucharme.
- 3) Ella queda constituida así en un tercero *de quien estoy hablando contigo*. Un tercero del cual estoy hablando, pero con el cual no estoy hablando ahora.

Podemos pues afirmar que el trato de *usted* constituye a la vez una disociación y un desplazamiento de catexis, y que, por lo tanto, constituye una defensa frente a situaciones de angustia encubierta.

Queda disociado e inconciente el pronombre del interlocutor, y junto con este pronombre permanece encubierta la persona *de la cual* se está hablando.

Se niega la circunstancia de que la persona con la cual se está hablando y la persona de la cual se está hablando constituyen un mismo objeto destinatario del total de la carga afectiva contenida en la comunicación verbal. Para lograr esto se transforma en un pronombre, y en una persona psicofísica, una cualidad o actitud abstracta e incorpórea (*la merced*) del interlocutor, que no posee la realidad material de una persona. Esta cualidad personificada recibe así parte de la carga sustraída a la representación del interlocutor.

Ya mencionamos la circunstancia de que en nuestro país el trato corriente, “directo”, es el *vos*, un derivado del *vosotros*, es decir, de la segunda persona del plural. Aunque no es el objeto de este trabajo, de todos modos creemos importante destacar el significado de esta costumbre tan nuestra. Al establecer un diálogo con un interlocutor, las posibilidades de trato que podemos encontrar son: *tú*, *vos* y *usted*. El *vos* queda así entre el *tú* y el *usted*, y podemos pensarlo como una transacción entre la forma directa *tú* y la indirecta *usted*. Como ya dijimos, *vos* corresponde a una segunda persona del plural y convierte así al interlocutor en un grupo de personas. El total del afecto que carga a la representación objetal del mismo se distribuye así mediante el mecanismo de la generalización, pero, a diferencia de lo que ocurre en el trato de *usted*,

no se llega al extremo de personificar a una cualidad abstracta e incorpórea disociada de ese mismo interlocutor. Concluimos entonces en que el uso del *vos* corresponde a una actitud defensiva frente al interlocutor por medio del clásico mecanismo de generalización, y aparece como un grado intermedio entre la forma más directa, *tú*, y la más indirecta, *usted*.

En la obra de Freud encontramos referencias al uso del *usted*, donde éste aparece estrechamente asociado al “horror al incesto”. Nuestras observaciones confirman las de Freud. Encontramos que el “horror al incesto” está en la base del uso del *usted*. Esta forma indirecta de trato resulta así una manera de disociar y negar la relación incestuosa que se establece entre los interlocutores. La tercera persona que entonces introducimos en el diálogo nos protege de, o, en otros términos, nos permite negar, la unión incestuosa. Mas, esta relación incestuosa, por permanecer así negada resulta patológicamente más activa.

En *Tótem y tabú* Freud (1912-1913) se ocupa del uso del *usted*. Directamente en algún fragmento e indirectamente en todas las menciones que hace acerca del trato indirecto como una manera de protección ante la amenaza del incesto. Cuando habla de las relaciones entre miembros de la misma familia dice: “El alejamiento entre la madre y el hijo aumenta con los años, y la reserva observada por la madre es mayor aún que la impuesta al hijo. Cuando le lleva algo de comer no le entrega directamente los alimentos sino que se los pone en el suelo ante él. No le habla jamás familiarmente, y, al dirigirse a él, le dice *usted* en lugar de *tú* (entiéndase naturalmente las palabras correspondientes a nuestro *usted* y a nuestro *tú*)” (Freud, 1912-1913).

El *usted* surge, entonces, suplantando al *tú*, que en estas circunstancias aparece como el trato de la relación directa incestuosa. La supresión del *tú* corresponde a la represión de la intensa tendencia incestuosa de la madre. Es decir que el *tú* pasa a representar la unión incestuosa, y sólo cuando el encuentro entre la madre y el hijo no signifique incesto podrá utilizarse. En la situación psicoanalítica encontramos circunstancias parecidas, pues si bien el diálogo transcurre entre una primera persona, *yo*, y una segunda persona, *tú*, lo corriente es que utilicemos el trato de *usted*. Si extendemos las consideraciones de Freud a lo que ocurre en el tratamiento psicoanalítico, podemos entonces suponer que el carácter incestuoso básico de la relación transferencial-contratransferencial inconciente nos mueve al uso del *usted*, es decir, a interponer una tercera persona, permaneciendo la segunda, *tú*, tácita. Tomar en consideración, en la terapia analítica, los contenidos inconcientes del uso del *usted* nos permite, en la transferencia, un acceso más al análisis de la relación incestuosa inconciente.

La necesidad de intercalar una tercera persona, *usted*, como una defensa ante el “horror al incesto” aparece en otra parte de *Tótem y tabú* (Freud,

1912-1913). Cuando habla de las costumbres existentes entre los zulúes en el trato con la suegra, destaca que se avergüenzan de ella y hacen todo lo posible por evitar su compañía. Dice Freud: “Las relaciones entre ellos se efectúan por medio de una tercera persona o hablándose en voz alta, separados por un obstáculo natural, el recinto del kraal, por ejemplo. Ninguno de ellos debe pronunciar el nombre del otro” (Freud, 1912-1913, pág. 518).

El *usted* del trato entre analista y paciente interpone también entre ambos a una tercera persona, es decir, un “obstáculo natural”, que, como antes dijimos, permite negar el incesto latente. Sabemos por nuestros conocimientos sobre la transferencia-contratransferencia que mientras en un nivel manifiesto transcurre esta relación en un *usted* (tercera persona) defensivo del incesto, en un nivel inconciente, y como lo demuestra la necesidad de esta defensa, existe un trato de *tú* incestuoso. Nos encontramos, entonces, con la disociación que implica el trato de *usted* y que comentamos en un principio.

En la novela *La Gradiva*, de Wilhelm Jensen (1903), que al decir de Freud parece escrita para demostrar la teoría analítica, aparece el tema del trato *usted*, de manera tal que despertó nuestro interés.

Freud (1907a [1906]), en su trabajo sobre dicha novela, *El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen*, se ocupa de este tema.

En el primer encuentro, en Pompeya, del personaje central, Norberto Hanoold, con Zoe Gradiva, el héroe se dirige a su amada ideal *tuteándola*, al mismo tiempo que le habla en griego y en latín de acuerdo con su fantasía sobre Gradiva. Ella, por el contrario, *lo trata de usted* y le pide que hable en alemán.

En las posteriores entrevistas, Zoe Gradiva, cumpliendo su labor terapéutica, acepta el papel de fantasma que N. le asigna en su delirio; entonces ambos personajes usan exclusivamente el *trato de tú*.

El primer tuteo de Norberto es sólo posible cuando el diálogo con una mujer ideal, un fantasma –recordamos la íntima relación que hay entre la palabra “fantasma” y “fantasía”–, y aparece cuando utiliza las lenguas muertas. Es esta una forma particular de tuteo reservado al lenguaje religioso –el de la Biblia, el *thou* de la lengua inglesa–. Implica una unión incestuosa idealizada, posible por medio de mecanismos maníacos que le permiten a Norberto negar el carácter “carnal” de Zoe.

En el transcurso de la tercera entrevista, N. huye al comprobar que se trata de una persona real y actual y no de un fantasma. Al reencontrarse, Zoe continúa *tuteándolo* y le sonríe, dice Jensen, para demostrarle “que ella no era tan terrible”; pero N. está preso de pánico. Dice el autor (Jensen, 1903, pág. 185) que, con esto, Zoe “procuró a N. la oportunidad de hablar, pero con la restricción de no saber qué pronombre personal emplear en su respuesta. Para escapar a este dilema, no halló nada mejor que emplear ninguno”.

Así, por ejemplo, decía: “No estoy en estado de comprender *cómo la dueña de esa mano...*”, no obstante estar refiriéndose directamente a ella.

Pero Gradiva respondió “reanudando su discurso en segunda persona del singular”.

El tuteo primero de Norberto, cuando cede la idealización, deja su lugar al espanto, al “horror al incesto”, y Norberto, paradójicamente, cuando comprueba que Zoe es una persona “real y actual”, suprime el pronombre personal, es decir el trato se vuelve impersonal. El “horror al incesto” suprimió el *tú*.

Freud, en *El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen*, destaca especialmente este pasaje, aunque no hace ningún comentario. Dice así: “Hanold no se atrevió ya en su respuesta a *tutearla*, ni tampoco a tratarla de *usted*, pero en cambio encontró valor suficiente...” (Freud, 1907a [1906]).

En la versión inglesa de este trabajo de Freud, Strachey (Freud, 1907a [1906]**, pág. 29) trae una nota al pie de página, a esta altura de la obra, donde dice que si bien hasta ese momento Norberto había usado la segunda persona del singular, ahora, sin embargo, que había comenzado a comprender que estaba hablando a una muchacha alemana moderna, sintió que la segunda persona del singular era demasiado familiar y afectuosa. También destaca Strachey que, por su parte, Gradiva usó siempre, en todo diálogo con él, la segunda persona del singular.

Cuando más adelante N. descubre la verdadera identidad de Gradiva, Zoe Bertgang, se decide por *tratarla de usted*. A lo que responde ella, ofendida: “Si encuentra que el trato de usted es más conveniente entre nosotros, puedo emplearlo, pero el tuteo me viene a los labios con más naturalidad” (Jensen, 1903, pág. 187).

Lo trata de *usted* con resquemor, hasta que posteriormente decide reanudar el tuteo: “...cuando la ciencia de la Antigüedad lo sumió en sus arcanos, descubrí que *tú*, perdóname pero su innovación protocolar me parece ahora insípida y poco apropiada para lo que quiero expresar... quería decir que entonces me pareció que *te habías* convertido en un hombre insoportable...” (Jensen, 1903, pág. 190).

Cuando en el proceso de curación de su delirio Norberto ya puede comunicarse con Zoe, “la muchacha alemana moderna de carne y hueso”, de todos modos, su ansiedad, por sus tendencias incestuosas, lo lleva a evitar el trato directo, “interponiendo una tercera persona” con el uso del *usted*, que, siguiendo la idea que Freud (1912-1913) formula en *Tótem y tabú*, lo protege del incesto. En cambio Zoe, que desempeña el papel de “analista”, al decir de Freud, mantiene constante el trato de *tú*, ajena a las diversas vicisitudes defensivas de Norberto. Zoe, que aparece como una muchacha normal, puede entonces utilizar un trato directo. De estas

consideraciones se desprende que una mejor elaboración de su situación edípica le significa una menor intensidad de sus tendencias incestuosas y de su consecuencia, “el horror al incesto”; estas circunstancias son las que permiten a Zoe estar junto a Norberto sin interponer una tercera persona entre ambos con el uso del *usted*.

Freud (1907a [1906]) transcribe textualmente todo el pasaje de la novela en el que Zoe emplea, con disgusto, el *trato de usted* en respuesta al trato de N. Y luego hace el siguiente comentario: “...con graciosas frases y alegando pasados derechos, sale a la defensa de aquel *tú* que N. consideraba natural al dirigirse a un fantasma, pero que luego sustituyó por el *usted* en cuanto la aparición se transformó en una persona de carne y hueso”.

Cuando, por fin, Norberto aparece curado de su delirio y le es posible dirigirse a una Zoe integrada, cesa su necesidad de disociarla tal como venía haciéndolo con el trato en tercera persona, *usted*, y se dirige entonces a Zoe en un lenguaje directo, es decir, en segunda persona, *tú*. Dice Norberto: “Sí, ahora *te* reconozco, en verdad no *has* cambiado”.

Encontramos estas citas muy significativas para sustentar la tesis de esta contribución, pues, en *La Gradiva*, un “historial” ejemplar que Freud (1907a [1906]) usó para mostrarnos el proceso de la curación psicoanalítica, aparecen variaciones en el trato personal, es decir, en el pronombre que utiliza Norberto (el paciente) cuando se dirige a Zoe (el analista), en función del desarrollo del “análisis”. Resulta así que el trato de *usted* aparece como una defensa ante la ansiedad que le provoca un trato de *tú* a una Zoe de “carne y hueso”. Encontramos aquí la disociación que, según ya hemos comentado, existe en el trato de *usted*. Norberto trata de *tú* a Zoe cuando, merced a sus mecanismos de negación, le es posible unirse incestuosamente a Zoe en un *plano ideal*. Cuando esta relación ideal agrega una dimensión corporal, la de Zoe de “carne y hueso”, entonces utiliza el *usted*, habla de una tercera persona, a la que antes, en el trato ideal-místico, tuteaba. Le habla a Zoe carnal (*tú*) de la *merced* (*usted* = vuestra merced) de ella. Mantiene así simultáneamente un doble trato.

De este estudio sobre el significado latente del uso de los pronombres en *La Gradiva* podemos concluir que el *usted* aparece como una defensa frente a las intensas tendencias incestuosas de Norberto, que lo obligaban a interponer “una tercera persona” (*usted*) en el trato con Zoe.

El estudio de la citada novela también nos llevó a ocuparnos del uso del *tú*. A lo largo de la obra encontraremos tres modalidades:

- 1) El *tú* del trato ideal que tiene lugar en un primer momento entre Norberto y Zoe, cuando esta última es aún un fantasma

(una fantasía) para N.; éste es el *tú* reservado al lenguaje “divino”, el incesto permitido sólo a los dioses.

2) El *tú* tácito cuando Norberto trató de *usted* a Zoe, es decir, cuando habla de la “merced” de Zoe a una Zoe tácita; es un *tú* que se oculta, culpable, reprimido por el “horror al incesto”.

3) El *tú* que utiliza Zoe y que aparece como un trato directo, “sano”, significa una buena adaptación a la realidad, donde Norberto ni es un fantasma divino ni un objeto tan incestuoso como para hacer indispensable interponer una tercera persona (usted); es el *tú* que usa Norberto cuando se cura del delirio y recupera la realidad.

II. El uso del “usted” en la práctica psicoanalítica

El uso del *usted* en el trato entre el analista y el paciente ocupó nuestra atención cuando uno de los autores relató al grupo la vivencia de un descubrimiento que había experimentado durante una sesión al mostrarle un paciente que el trato de *usted* que estaban usando significaba hablar en tercera persona en lugar de hacerlo en segunda persona (*tú*). Tomando en consideración el contenido latente de los usos idiomáticos, y en particular el del uso de los pronombres –tema al que ya habíamos dedicado nuestra atención–, nos pareció de gran interés esclarecer una circunstancia como ésta: la existencia de un trato con nuestros pacientes mediante un lenguaje indirecto pleno de contenidos significativos que permanecían inconcientes.

Fue así que hace unos tres años comenzamos a investigar sobre el tema. En primer término investigamos sobre el significado de la palabra *usted*. Este vocablo es una contracción de *vuestra merced*, es un trato en tercera persona –hablamos de la merced del interlocutor; el verbo que acompaña al pronombre *usted* está en tercera persona– y es una forma de respeto. También investigamos en la obra de Freud y encontramos que en *Tótem y tabú* (Freud, 1912-1913) aparecen algunas referencias directas al tema y otras indirectas; el trato de *usted* aparece en el trabajo citado como una consecuencia y una defensa ante el “horror al incesto”.

Nuestra práctica clínica nos proporcionó un material fundamental para la elaboración de nuestras conclusiones. En ciertos casos, actos fallidos de pacientes en los que apareció el trato de *tú* (vos) hicieron accesible al análisis los significados del uso del *usted*. En otras oportunidades, el paciente cuestionó el uso del *usted* en las sesiones, provocando así el análisis específico de esa modalidad idiomática. Llegamos así a la conclusión de que el uso

del *usted* significa una disociación. Hablamos a una segunda persona tácita (tú) de una tercera (usted = vuestra merced = él, ella), o, en otros términos, interponemos una tercera persona (usted) que enmascara la relación directa, que queda tácita, con la segunda persona (tú). Nuestras observaciones nos revelaron que, en los casos que estudiamos, la disociación que se establecía con el uso del *usted* era el resultado del “horror al incesto”. Como Freud lo destaca en *Tótem y tabú* (1912-1913), el *usted* aparece como una defensa ante la intensidad de tendencias incestuosas entre el paciente y el analista. El “horror al incesto” nos mueve entonces a utilizar un medio de comunicación indirecto; como ya dijimos, hablamos a un *tú* tácito de un *usted* (él, ella), negando así la relación transferencial-contratransferencial incestuosa contenida en la relación *yo-tú*. El análisis de estos contenidos hace posible una elaboración que al disminuir la intensidad de las tendencias incestuosas disminuye también la necesidad de mantener la disociación que significa el uso del *usted*, y el *tú*, tácito hasta entonces, puede hacerse manifiesto.

El ejemplo que sigue corresponde a un caso en el que el paciente cuestionó el uso del *usted* en el tratamiento, promoviendo así su análisis y la emergencia del material latente.

Se trata de un paciente, una caracteropatía obsesiva, en análisis desde hace varios años, que, para la época a la que pertenecen las dos sesiones que sucintamente vamos a exponer, estaba experimentando unos profundos cambios. Fue entonces que *introdujo el tuteo* en el análisis. El analista, a su vez, movido por el interés en esta investigación, que coincidió con lo que parecía más operante en ese momento en el desarrollo del tratamiento, tomó muy en consideración este tema, haciéndolo objeto del análisis.

Luego de una síntesis de las sesiones donde aparece este material nos extenderemos en unos comentarios sobre el mismo.

Al acostarse en el diván caen unas monedas del bolsillo del paciente; éste hace referencia a ello y agrega que se halla muy excitado y nervioso porque está enfrentando una situación de cambio muy importante, porque puede ganar o perder mucho dinero. La interpretación se centra en el temor al cambio, en el miedo porque no sabe si va a perder o ganar contenidos valiosos de su *yo* con el análisis. Asoció entonces que también era un cambio fundamental su deseo de abandonar el trato de *usted* con el analista, pasando al trato de *tú*. (En la sesión precedente ya había manifestado que quería abandonar el trato de *usted* pero que no se animaba a enfrentar dicho cambio.) En las asociaciones siguientes hace manifiesto su temor a los reproches del analista si lleva a la práctica el trato de *tú*. La idea de tutear al analista siguió ocupando un primer plano en el material manifiesto de la sesión. Se decía: “Tutearlo sería como pasar una barrera; o un término de

una etapa y el comienzo de otra, no sé... qué sé yo, otra etapa, otra cosa, otra forma... más posibilidades”.

Más adelante la idea de tutear al analista vuelve a quedar asociada con la idea de ganar más dinero, y con las posibilidades que éste le puede brindar; la fantasía central es adquirir un automóvil cero kilómetro. En lo que siguió habló del carácter masturbatorio que tenía esa fantasía, pues no podía llevarla a cabo. Después quedó “cortado”, y el analista le interpretó que parecía que concretar la compra del coche, en la sesión, era igual a tutearlo. El paciente contestó: “¿Quiere que le diga lo que se me ocurrió cuando me paré y me frené recién? Me frené porque pensé: Mire ahora, viejo, lo voy a empezar a tutear ahora”. Después de algunas vacilaciones, efectivamente, comenzó a tutearlo.

A la siguiente sesión viene hipomaniaco. Manifiesta que ha tomado un medicamento euforizante y que se halla muy excitado porque “se siente con guita de golpe”, y expresa luego su temor de que dicha situación no sea duradera. Se le interpreta que se siente enriquecido y movilizado por el cambio que está experimentando, y que teme esperanzarse, porque la frustración sería, entonces, grande. Resulta evidente la acentuación de sus mecanismos maníacos. La anulación es manifiesta; la primera parte de la sesión transcurre *sin que utilice pronombres personales*. Después que se le hubo interpretado esos contenidos, el paciente, más tranquilo, introduce el pronombre, tuteando al analista. Relata su amistad creciente con un matrimonio vecino. Con el marido está cómodo, pero cuando está con el matrimonio en una relación más íntima, se siente “retraído y temeroso” como consecuencia de las fantasías eróticas que se le despiertan con la mujer. En la interpretación el analista le mostró la semejanza que existía entre la relación que tenía con esa pareja y la que tenía con él. El paciente reaccionó con angustia y en las asociaciones que siguieron *retomó el trato de usted*, “retraído y temeroso”, ahora ante el analista. Inmediatamente se refirió a que en sus “diálogos” internos trata al analista de *tú* o de *usted*, según sean las circunstancias. El *usted* aparece, paradójicamente, cuando se siente afectivamente más unido al analista. El análisis reveló que tratarlo entonces de *usted* significaba disociar la pareja que transfería en el analista ante la ansiedad que le provocaba el trato “íntimo” que contenía el tuteo. Luego de que le fue interpretado este material, el paciente retornó al trato de *tú*, ahora con menos ansiedad. El analista, entonces, tomando en consideración que para el paciente el trato de *usted* le significaba un mantener “estancada” la separación de la pareja, que tenía sus raíces en su infancia cuando mantenía con sus padres un trato de *usted*, creyó oportuno introducir, a su vez, el trato de *tú*. Cuando ocurrió esto, el paciente sintió que había incorporado al análisis contenidos que hasta ese momento habían per-

manecido reprimidos, que “estaba metido en el baile”. El material que siguió expresaba sus ansiedades ante la idea de formar una pareja. Pensaba que con el trato de *usted* lograba dejar “afuera” estas ansiedades y “amarretear” sus energías instintivas, así como sucedía en su infancia cuando el trato con el padre era de *usted*. El tuteo, en cambio, lo ligaba estrechamente a la pareja y hacía manifiestas sus fantasías edípicas incestuosas y de castración.

Comentaremos ahora el material que acabamos de exponer. Una idea básica que aparece a lo largo de las dos sesiones es la de un cambio. Un cambio que aparece representado por la fantasía de poseer más cosas: más dinero y más posibilidades sexuales. En la relación con el analista este cambio está representado por el paso del trato de *usted* al trato de *tú*. La idea de tutear al analista le crea al paciente una intensa ansiedad, pues, cuando lo intenta, si bien por un lado siente que toma posesión de “riquezas” hasta entonces inaccesibles, se hace manifiesto, también, el temor al incesto que comprende la castración, y que había estado “evitado” en el trato de *usted*. Ya comentamos que *usted* significa “vuestra merced”, es decir que hablamos de “la merced” del interlocutor. Cuando el paciente trata de *usted* al analista está hablando de “la merced” del mismo, que, en el material de estas sesiones, comprende la transferencia de las fantasías edípicas del paciente. La “*merced*” del analista es así “*la potencia y la mujer*”. De esta manera el paciente logra mantener disociados estos contenidos colocados en “la merced” del analista. El *tú*, tácito en el trato de *usted*, queda así descargado de los contenidos edípicos angustiosos.

Después de alguna elaboración, tal como lo señalamos en el material, el paciente pasó a tutear al analista. Este primer tuteo apareció con una connotación maníaca, se sintió “con guita de golpe”, negando la castración latente. La “tercera persona”, que hasta ese momento se había interpuesto entre él y el analista con el uso del *usted*, y que, como señala Freud (1912-1913) en *Tótem y tabú*, defiende al sujeto del incesto, ha dejado lugar a un trato directo en la segunda persona, que lo deja expuesto al “horror al incesto”. Sus tendencias incestuosas y la castración concomitante son todavía tan intensas que lo perturban para mantener este trato; la ansiedad ante el analista, que le está representando al objeto del incesto y al objeto castrador, se incrementa, y el trato en la segunda persona (*tú*) desaparece suplantado por un trato impersonal defensivo. El analista, que como objeto de la transferencia se le integraba con los contenidos edípicos –hasta ese momento exitosamente disociados–, desaparece junto con el pronombre que lo representa.

La interpretación de los contenidos que estamos estudiando le disminuyó la ansiedad al reducir la intensidad de la tendencia incestuosa, con lo que reapareció el tuteo, y con el tuteo también el material edípico incestuo-

so, ahora más manifiesto, representado por sus asociaciones con la relación que mantiene con el matrimonio amigo. Entonces, asustado nuevamente por la emergencia tan directa de sus tendencias incestuosas, re-estableció la disociación de estos contenidos y, simultáneamente, reapareció el trato de *usted*. Los contenidos edípicos, así disociados, pasaron nuevamente a constituir “*la merced*” del psicoanalista.

Sigue luego la parte en la que el paciente comenta que en sus diálogos internos trata de *usted* al analista cuando se siente afectivamente más unido a él. Justamente la mayor proximidad afectiva aumenta el peligro del incesto y, como describe Freud en la cita de *Tótem y tabú* (1912-1913) que reproducimos más arriba, necesita interponer una “tercera persona”, el trato de *usted*, entre él y el analista.

Las interpretaciones que siguieron disminuyeron la ansiedad, y el paciente pudo sentir que accedía a los contenidos incestuosos, circunstancia que coincidió con la vuelta del trato de *tú* al analista.

El analista, a su vez, tratando de *usted* al paciente, estaba recreando continuamente la disociación que con sus interpretaciones estaba deshaciendo, desempeñando el rol de los padres angustiados por la relación edípica incestuosa con el hijo.

La elaboración de esta relación incestuosa entre el paciente y el analista, al disminuir las tendencias incestuosas entre ambos, facilitó un trato directo, que, finalmente, se expresó por la incorporación del trato de *tú*, también, por parte del analista, quien, hasta ese momento, identificado con los padres del paciente y sus ansiedades, trataba a éste de *usted*.

Resumen de “El uso del usted. Un estudio psicoanalítico”

*II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico.
Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos,
APA, Buenos Aires, 1966, págs. 50-51.*

Los argentinos usamos comúnmente el *usted* y el *vos*; el *tú* es muy poco usado, excepto en el lenguaje escrito o en la locución poética. Con el *vos* se utiliza un verbo que probablemente sea una deformación del que corresponde a la segunda persona del plural, en cambio con el *usted* se utiliza el verbo de *la tercera persona* del singular.

Usted es un derivado surgido de la contracción de *vuestra merced*. Constituyó por lo tanto originalmente una manera de dirigirse al

interlocutor según la cual este último quedaba representado por su propia merced, gracia, clemencia o dádiva. O sea que el sujeto no osaba hablar de su interlocutor cuando hablaba *de la merced* de este último. Algo semejante ocurre cuando, hablando con el Rey, se habla de Su Majestad.

Freud, ya en sus primeras obras, nos llamó la atención, especialmente en relación con el estudio de los sueños, los chistes y los actos fallidos, acerca del importante contenido latente que se manifiesta en las alteraciones del lenguaje.

Si pensamos que, de acuerdo con el pensamiento de Freud, *cuando alguien utiliza una forma de expresión determinada es porque en él actúan y se hallan presentes los mismos motivos que una vez dieron origen a esa forma de expresión*, hemos de ver la sorpresiva importancia que adquiere, como índice de un contenido latente básico, la utilización del *usted*. De acuerdo con lo precedente podemos añadir que este contenido latente básico debemos suponerlo presente *aunque el uso del “usted” sea habitual en nuestra sociedad*.

En el presente trabajo exponemos, basándonos en un estudio sobre *La Gradiva* y en la contribución de Freud al tema del trato de usted en *Tótem y tabú*, las conclusiones a las cuales arribamos luego de haber trabajado sobre este tema durante casi tres años.

Pensamos que el hablar usando el *usted* presupone personificar una actitud o cualidad abstracta del interlocutor, y *hablar con este* interlocutor de ella, su cualidad personificada, *sin dirigirse a ella y sin nombrar a éste por intermedio del pronombre correspondiente*. El trato de usted significa hablar de una tercera persona (vuestra merced) a una tácita segunda persona (tú) y es la consecuencia de unas intensas tendencias incestuosas que obligan a la represión del trato directo (de *yo a tú*).

Podemos pues afirmar que el trato de usted constituye a la vez una disociación y un desplazamiento de catexis, y que por lo tanto constituye una defensa frente a ansiedades derivadas del “horror al incesto”. Se reprime la circunstancia de que la persona *con* la cual se está hablando y la persona *de* la cual se está hablando constituyen una misma representación objetal, destinataria del total de la carga afectiva contenida en la comunicación verbal.

**LA ENVIDIA EN LA
CONTRATRANSFERENCIA**

(2008 [1966])

Luis Chiozza y Gilda S. de Foks

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y FOKS, Gilda (2008a [1966]) “La envidia en la contratransferencia”.

Este trabajo se presentó en el II Congreso Interno y X Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1966, y un resumen del mismo se publicó en las actas del congreso (Chiozza y Foks, 1966f).

En el presente trabajo intentaremos mostrar algunos aspectos de la envidia que se manifiestan en la contratransferencia, y algunas vicisitudes en el proceso mediante el cual el paciente proyecta esos aspectos en el analista y los reintroyecta mediante la interpretación. Utilizaremos, para nuestra exposición, los conceptos acerca de la envidia, *sus contenidos subyacentes*, y su relación con las fantasías hepáticas, que uno de nosotros desarrolló en trabajos anteriores (Chiozza, 1963a).

El caso que utilizaremos como ejemplo corresponde a un hombre joven que se trata con uno de nosotros. Para los efectos que nos interesa destacar, señalaremos solamente que es una persona con una muy grande capacidad de materialización en algunos sectores de su vida, como por ejemplo económicos, intelectuales y aun artísticos, pero que, aunque casado y con hijos, fracasa en su matrimonio y en su capacidad para gozar de la vida. En la época que consideraremos sufre de un cuadro melancólico grave que lo coloca al borde de la muerte como resultado de un intento de suicidio.

Describiremos los contenidos que habitualmente predominaban en la transferencia o en la contratransferencia durante un momento determinado del tratamiento, y expondremos para eso fragmentos de material correspondientes a una sesión. Aprovecharemos luego esa misma sesión y las vicisitudes del juego transferencia-contratransferencia para mostrar las alternativas que fueron desarrollándose y *adquiriendo predominio posteriormente* a lo largo del tratamiento, pero que ya se hallaban contenidas en el presente de esa sesión.

Por la época que estamos considerando, el material que predominaba habitualmente consistía en la expresión intelectualizada de sus problemas. Pero esta intelectualización alcanzaba características muy particulares. En

primer lugar, la voz, teatral y grandilocuente, pero que aparecía sin embargo como “auténtica”, porque el paciente se hallaba en “total” identificación con un rol maníaco de carácter mesiánico. En segundo lugar, la negación, también “total”, de la vivencia dolorosa de su desventura, ya que el mismo dolor, causado en lo manifiesto por su fracaso matrimonial, su sentimiento de “soledad” y las secuelas graves de su intento de suicidio, aparecía idealizado, convertido en heroísmo mesiánico mediante una omnipotencia negativa que le permitía negar aquel otro dolor, mucho más temido, vinculado en un primer plano a la vivencia de humillación contenida en la pérdida de su omnipotencia.

Mostraremos algunos de estos aspectos en los siguientes fragmentos:

P: –Tuve el sábado a la tarde, domingo y lunes como si fuera el microcosmos, todo apretado, todo junto y a un nivel de comprensión... en un nivel angustiante y a otro nivel liberador... como si todo pasara a una velocidad fabulosa y todo junto... como si todo el mundo en mí repitiera exactamente ciclos.

Más adelante dice:

P: –Yo siento que a usted le gustan mis trabajos. Entonces no me lo cuestioné. Si así puede parecer muy demagógico, muy de englobarla y tragarla, pero yo siento que le gustan, no necesito preguntárselo. Entonces estoy tranquilo... en ese nivel estoy tranquilo. Es... no sé cómo explicarlo. Entra dentro de lo que yo le decía la otra vez de que aparecen cosas que son no inexplicables, pero que no... no tienen que ser habladas...

Dejando de lado las múltiples consideraciones a que podría dar lugar este material, diremos que frente a un material como éste, y tal como lo descubrió mediante el análisis de su contratransferencia, sobre la cual actuaba toda la personalidad del paciente, el analista solía sentirse impotente y pequeño frente a un enfermo en el cual todo, sus logros y su dolor, alcanzaba tanta magnitud. Subyacentemente se sentía también atacado y desvalorizado, pero la sutileza que alcanzaban estas vivencias durante el tratamiento dista mucho de lo que podemos expresar en este momento a través de escasos fragmentos de material. Mientras estas vivencias contratransferenciales permanecían inconcientes, alternaban en el analista la tendencia a emplear el tono y el lenguaje grandilocuente del paciente, lo mismo que sus conceptos “profundos”, o si no, una cierta actitud de desprecio y burla que aparecía en el contenido latente de sus interpretaciones. La

envidia contratransferencial inconciente provocaba así un ataque envidioso por parte del analista, que incrementaba el dolor del paciente junto con sus mecanismos maníacos, e incrementaba también los sentimientos de culpa en el analista y su misma envidia frente a la capacidad de este paciente que podía perturbarlo. A pesar de lo que acabamos de manifestar sin embargo, al lado de estos elementos negativos del ataque envidioso inconciente, pensamos que coexisten aspectos positivos en la evolución del paciente, ya que a través de este ataque el analista se defiende de la desvalorización y busca minar la omnipotencia del paciente. Se hace cargo además de esta manera, de aquellos aspectos yoicos inhibidos que el paciente disocia, niega y proyecta, y que, a través del analista, están comenzando a funcionar.

Veamos en un fragmento del material una de estas ironías “amargas” del analista. Luego de una interpretación que podemos considerar buena, el paciente contesta:

P: –El prurito de la autenticidad es la mejor salvaguarda del caos. O sea, un candidato que siempre está pidiendo cosas auténticas nunca obtiene nada, porque nada es auténtico en última instancia pero es auténtico en algunas circunstancias.

Entonces el analista dice:

A: –Le quedó en verso.

Dejaremos nuevamente de lado las múltiples consideraciones que despierta este material, sólo diremos que, conociendo bien al paciente, podemos afirmar que la interpretación del ataque inconcientemente envidioso con el cual ha destruido nuestra “buena” interpretación, es en este momento inoperante. Tal interpretación quedaría intelectualizada y al servicio de la resistencia, o si no, obraría por el contenido latente de agresión que pudiera contener, exactamente como la “amarga ironía” que utilizó el analista, pero con la desventaja de que en este caso la actuación, tomando la apariencia externa de una interpretación, permanece más encubierta. Nos ayuda para comprender esto el pensar que el desprecio que siente el paciente es “auténtico”, por lo menos en algunas circunstancias, como él mismo dice. Ya que, en su omnipotencia, nos demuestra que está identificado con aspectos ideales que están “más allá” de la envidia, y desde los cuales experimenta la vivencia de que el analista es un pobre sujeto que se está ganando la vida y que hace lo que puede con un paciente tan difícil. Esta vivencia lo llena al paciente de desesperación, y no de envidia. Pensamos que sólo una interpretación de este tipo hubiera podido ocupar ventajosamente el lugar de

la ironía. Veremos luego en otros fragmentos esa desesperación, frente a la cual alcanzar la capacidad para envidiar constituye una esperanza.

Añadiremos, intentando aportar elementos que nos permitan comprender mejor el mecanismo de la envidia contratransferencial, que cuando este paciente resuena durante un brevísimo momento conectado con el analista a través de una interpretación que lo conmueve, se apodera inmediatamente de esta interpretación y la trabaja internamente con una riquísima elaboración de vivencias y contenidos que él mismo rescata de su inconciente para utilizarlos al servicio de la resistencia. Cuando esto ocurre, el analista además de quedar en parte seducido y envidioso frente a la capacidad del paciente, solía experimentar celos inconcientes que paulatinamente logró conocer a través del análisis de su contratransferencia. Se sentía excluido de la relación que el paciente establecía con aquellas interpretaciones que habían sido del analista y que ahora ya no le pertenecían, puesto que le habían sido robadas o secuestradas, como si fueran “hijos” o pacientes que el analista era incapaz de comprender, aprovechar o desarrollar.

Como lo hemos expresado hace unos instantes, se repetía en la transferencia-contratransferencia inconcientes el interjuego caracterizado por la omnipotencia y el desprecio por parte del paciente y el ataque envidioso por parte del analista. Al mismo tiempo, el ataque envidioso inconciente, como expresión de la contratransferencia, contenía la brecha que permitía quebrar este círculo vicioso, ya que correspondía a las capacidades latentes del yo del paciente proyectadas sobre el analista. Así podríamos decir de una manera esquemática que, incapaz de envidiar, manifiesta sin embargo su enfermedad y sus instintos de vida en su capacidad para hacerse envidiar, aunque luego tiene que sentir el dolor de estos ataques, doblemente humillantes porque provienen de un objeto necesitado.

Cuando predominaba la vivencia de un objeto analista desvalorizado y envidioso, se reforzaban la estructura narcisista y la persecución, pero esto sumía al paciente en un encierro desesperado, por su necesidad de objetos sobre los cuales realizar sus instintos. Simultáneamente, el mismo ataque del analista contenía también un cierto alivio de esa desesperación, puesto que certificaba la presencia de algo que todavía permanecía vivo fuera de los límites de su encierro. Algunos de estos aspectos aparecen, simbolizados a través del aparato digestivo, en los siguientes fragmentos de la misma sesión, en donde las interpretaciones conservan, todavía en su contenido latente, un componente de ataque que adquiere la forma de un leve reproche.

P: –Necesito el agua transformada en Coca-Cola; yo necesito...

Aquí el analista interrumpe para decir:

A: –...las interpretaciones transformadas en Coca-Cola; si no, no sirven.

El paciente continúa:

P: –Bueno es cierto. Yo en base a eso empecé a recordar mi alimentación, cómo reaccionaba yo a mi alimentación. Me di cuenta de que la leche me asqueaba. El tomate no lo podía comer. De la fruta únicamente la banana, mandarina; la naranja la chupaba pero no la podía comer en gajos; y ensalada. Otra cosa no comía. La sopa me reventaba.

El analista interpreta:

A: –Las comidas que usted tolera son de límites muy estrechos. En cuanto traspasan ese límite ya usted se asquea y no puede seguir comiendo.

El paciente continúa:

P: –Lo que yo noto es que no había ninguna comida que me gustara... Traté de recordar algo que me gustara, que me atrajera, y *no puedo encontrar nada*. Es como si hubiera que comer, vivir, tolerando la situación, no aceptándola. Bueno, todo esto ayer se repetía con una rapidez de 150 km por hora, en todos los niveles.

El *asco*, una intolerancia alimenticia muy grande, y la expresión mucho más manifiesta del desprecio que experimenta hacia todos sus congéneres y en particular y mediante la transferencia hacia el analista, constituyen ya una formación reactiva frente al aprecio y la envidia que se estaba aproximando a la conciencia, aunque todavía se hallaba muy lejos de la capacidad de su yo el poder tolerar estas vivencias. Tal como lo demostró el análisis de la contratransferencia, estos sentimientos aparecieron en el analista y en algunos momentos como vergüenza y humillación, debido a que la estructura yoica del analista le permitió una integración más depresiva; pero como veremos a través de otra parte del material, la integración con los aspectos del yo y del objeto, que sentía destruidos durante su actividad maníaca, provoca todavía en el paciente, o reactualiza, una intensa vivencia persecutoria inconciente que experimenta como asco y que moviliza otros mecanismos de defensa. Mediante una identificación proyectiva masiva, que en ocasiones

aparece como “la náusea”, procura deshacerse de la imago asquerosa introyectada. Aparece así, como consecuencia de la intensidad de este mecanismo, que ataca su sentimiento de identidad, y como un símbolo, el temor a enloquecer, que se evidencia en otro fragmento de la misma sesión:

P: –Realmente, hay momentos en que creo que voy a enloquecer... Pero si alguna vez tuve la sensación de que me estaba volviendo loco, ahora es... Estoy un poco... la fantasía es que es el límite... hay momentos, cuando estoy durmiendo y de golpe sueño algo y siento que me aflojo y me voy... Yo sentí que me volvía loco.

La confusión que aparece en este material y como mecanismo de defensa frente a las ansiedades que hemos señalado, tal vez se encuentre un poco exagerada porque su exposición fragmentaria nos obligó a suprimir algunos trozos intermedios.

Podemos comprobar también, en otras partes de la misma sesión, cómo simultáneamente podía tolerar una cierta y progresiva identificación con sus aspectos destruidos, humillados y avergonzados que en otros momentos proyectaba en el objeto y que se evidenciaron en la contratransferencia. Desde su identificación con estos aspectos, evidenciaba una *incipiente capacidad para envidiar* aquellos aspectos ideales y persecutorios, que corresponden a su propia capacidad latente, “muy débilmente” proyectada todavía, sobre el analista.

En un fragmento de la misma sesión nos dice:

P: –El miedo brutal era que me dijera que todo eso era una porquería, era tiempo perdido. Porque por más que yo esté seguro de que a mí me gusta, de que a cualquiera le gusta o no le gusta, en ese momento “x” representa algo que es todopoderoso.

Y más adelante expresa, un poco más defendido y con menos persecución:

P: –Siempre me intrigó qué facultad maravillosa tenía para pasar traumas. Estaban todos en escabeche: ahora los estoy comiendo uno a uno. Esa es la sensación, los adobé y los guardé.

En resumen: como conclusión, lo que quisimos mostrar son las vicisitudes de la envidia en la contratransferencia. Cuando la evolución del paciente le permita abandonar su omnipotencia, ejercer y sufrir más concientemente su envidia, pensamos que aparecerán con mayor evidencia en la contratrans-

ferencia aquellos aspectos ideales que forman parte de la contratransferencia en la envidia y que corresponderían al complemento de este trabajo.

Resumen

II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos, APA, Buenos Aires, 1966, pág. 334.

Partiendo del estudio de una situación analítica en la cual la envidia aparecía como un sentimiento contratransferencial de particular intensidad, se desarrolla el trabajo investigando las vicisitudes mediante las cuales un paciente se integra con este aspecto de su personalidad que permanecía inconciente. Se expone cómo el enfermo va adquiriendo así, mediante la proyección en el analista de sus aspectos inconcientes y su posterior reintroyección a través de la interpretación que modifica este contenido, los afectos, representaciones y funciones del yo, perturbados por el proceso patológico, entre los cuales destacamos en este trabajo la envidia, elemento central en la contratransferencia, como ya se dijo. Podemos mostrar cómo esta contratransferencia correspondía en lo más profundo a una identificación concordante con el inconciente en el paciente, mientras en un plano más cercano a la conciencia predominaba en el enfermo una actitud complementaria defensiva y sólidamente mantenida, según la cual se identificaba con los aspectos más ideales y maníacos de su estructura psicológica.

**ESTUDIO Y DESARROLLO DE
ALGUNOS CONCEPTOS DE FREUD
ACERCA DEL INTERPRETAR**

(1966)

Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld
y Jorge Pantolini

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1966e) “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”.

Ediciones en castellano

II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 210-232 (incluye un “Resumen”).

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 271-290, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 257-282.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 19-38.

Traducción al italiano

“Studio e sviluppo di alcuni concetti di Freud sull’interpretazione”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 7-24.

La base teórica de la terapéutica psicoanalítica

En nuestro inconciente, según lo ha postulado Freud, se hallan contenidos los originales de las representaciones de los impulsos emanados de las fuentes instintivas.

Las huellas mnémicas activadas mediante procesos de catexis constituyen las re-presentaciones de impulsos que se dirigen hacia la esfera motora del yo, buscando su descarga a través de la emoción y la acción.

Como el principio de realidad opera sobre las posibilidades motoras del yo, la existencia de representaciones contradictorias trae como consecuencia la acumulación de aquellas tensiones instintivas que no pudieron ser descargadas.

La existencia de “montantes de afecto retenidos que buscan derivación”, de acuerdo con el pensamiento de Freud, plantea diversas posibilidades. En condiciones “normales”, las representaciones contradictorias se integran en una representación sustitutiva transaccional que permite la descarga en una magnitud tolerable y suficiente. En condiciones patológicas, el afecto retenido carga una representación sustitutiva transaccional a través de la cual se logra una descarga que podemos llamar “inadecuada”. En algunos casos, esta descarga constituye un síntoma; en otros, fracasa la función defensiva del síntoma y la descarga de la tensión retenida se manifiesta en angustia.

Según el esquema desarrollado, cuando los montantes que buscan su derivación encuentran obstruido el camino hacia la acción, avanzan en sentido “retrógrado” activando, mediante la distribución de sus catexis, las huellas mnémicas asociativamente conectadas. En el extremo más di-

ferenciado de este “polo sensorial” del aparato psíquico, se encuentran la percepción y la conciencia (Freud, 1900a [1899]). En esta posibilidad de dirección retrógrada encontramos la base teórica de la terapéutica psicoanalítica, cuyo primer postulado es hacer conciente lo inconciente.

En “Lo inconciente” nos expresa que la represión niega a las representaciones de impulsos inconcientes su traducción en palabras y que de esta manera evita que puedan hacerse concientes (Freud, 1915e). Distingue entre una represión primaria de las representaciones de impulsos originales y la represión secundaria o propiamente dicha, que recae sobre los derivados preconcientes asociados a dichas representaciones originales. Posteriormente, en *El yo y el ello*, aclara sin embargo que no debemos descuidar la posibilidad de un acceso a la conciencia mediante la reactivación de los restos mnémicos visuales (Freud, 1923b, pág. 13).

También nos señala Freud que, en última instancia, todo aquello que penetra en la conciencia puede ser considerado un *derivado* más o menos lejano de las representaciones reprimidas y que por lo tanto constituye una vía de acceso a ellas, mediante el recurso de interpretar con palabras lo que considera el contenido latente reprimido de todo material manifiesto.

Podemos considerar que un derivado es “lejano” cuando la descarga obtenida por su intermedio es compatible con los fines de la represión. Mediante este mecanismo, que opera también en condiciones normales, queda retenido aquel remanente de la carga que mantiene la neurosis, y esa representación retenida debe llegar a ser lo interpretado.

Usando palabras de Freud, podemos decir que para poder interpretar debemos suspender nuestro juicio y prestar atención imparcialmente a cada cosa que aparezca (Freud, 1909b), que el analista “no ha de tolerar en sí resistencia ninguna que aparte de su conciencia lo que ha percibido por medio de lo inconciente” (Freud, 1912e, pág. 420). El analista debe orientar su inconciente hacia lo inconciente del paciente, ya que “el psiquismo inconciente del médico está capacitado para reconstruir, con los productos de lo inconciente que le son comunicados, este inconciente mismo que ha determinado las ocurrencias del sujeto” (Freud, 1912e, pág. 421).

Integrando estas afirmaciones con los conceptos vertidos por Freud en “Lo inconciente” (Freud, 1915e) y en “La represión” (Freud, 1915d), podemos afirmar que la interpretación surge en la conciencia del analista como un derivado asociativamente conectado con una representación de su propio inconciente. Esta representación, reactivada por su identificación con el paciente y similar a la que el paciente reprime, continúa reprimida en el analista y desplaza su catexis sobre el derivado que constituye la interpretación. Pero en virtud de la mayor permeabilidad de su aparato

psíquico, o sea a su menor grado de represión, el analista logra una interpretación más “cercana” a la representación original inconciente que el derivado que constituye el contenido manifiesto en el material del paciente.

A este mecanismo alude cuando expresa, refiriéndose al análisis de los sueños, que en algunos casos “en lugar del sujeto es el analizador el que a ellos asocia *bien definidas ocurrencias*” (Freud, 1916-1917 [1915-1917], pág. 201, subrayado nuestro).

La interpretación adecuada

La interpretación es entonces una palabra “puente” que, por su mayor “cercanía” a la representación de impulso original, logra atraer sobre sí parte de la catexis retenida, y adquiere el nombre de contenido latente (o, como veremos luego, se fusiona con lo que denominamos de esa manera).

Si la interpretación, venciendo la resistencia, logra atraer sobre sí un montante suficiente de la catexis retenida, las palabras que constituyen la interpretación adquieren para el enfermo el carácter de representaciones sustitutivas que buscan derivar nuevamente su carga en sentido “anterógrado”, o sea hacia la emoción y la acción; pero ahora, luego de la interpretación que brinda una adecuada representación transaccional, la descarga puede adquirir *condiciones tolerables y suficientes*.

Freud señala en distintas partes de su obra que el primitivo y el neurótico confunden el acceso a la conciencia con el acceso a la motilidad. En *Tótem y tabú* (Freud, 1912-1913), cuando se ocupa del tabú de los nombres, aclara que el despertar del recuerdo trae consigo el de la tentación, y por lo tanto reactualiza el peligro unido a la realización del acto prohibido. En esto podemos ver uno de los motivos de la resistencia para hacer consciente lo inconciente que se manifiesta en todo tratamiento psicoanalítico. Otro motivo de esa resistencia consiste en la tendencia a repetir en lugar de recordar, es decir la tendencia hacia la acción y la emoción en lugar de la reactivación retrógrada de las huellas mnémicas verbales.

Podríamos añadir que la interpretación surge en la conciencia del analista como consecuencia de un doble proceso. En parte debe repetir aquellos actos motores implícitos en la actividad de interpretar, pero también debe lograr dirigir en sentido retrógrado sus procesos de excitación, venciendo su propia resistencia a sustituir con “recuerdos” aquello que tiende a repetir.

El contenido latente que se ha hecho manifiesto en la conciencia del analista para constituir el núcleo de la interpretación encubre y recibe catexis de otros derivados que permanecen latentes y reprimidos en el paciente y en el

analista. Freud afirma que “las ideas latentes descubiertas en el análisis no llegan nunca a un límite, y tenemos que dejarlas perderse por todos lados en el tejido reticular de nuestro mundo intelectual” (Freud, 1900a [1899], pág. 539).

El derivado que penetra en la conciencia del analista como una “bien definida ocurrencia” constituye lo que hoy denominaríamos una ocurrencia contratransferencial (Racker, 1960), cuyas vinculaciones con el paciente permanecen todavía oscuras. Este derivado puede adquirir también la forma de una más acabada interpretación, en el sentido de poseer desde un principio características que nos llevan a sentir que el contenido que hemos expresado en palabras corresponde a lo latente del enfermo. Esta última característica, sin embargo, puede ser el emergente de una determinada posición contratransferencial (Racker, 1960), y en ese sentido esta variante no es ni más ni menos “objetiva” que la anterior. Parecería más prudente afirmar que el derivado que surge en nuestra conciencia constituye el material o núcleo de la interpretación, pero no la interpretación misma. Ferenczi expresa que “el médico debe examinar lógicamente el material proporcionado tanto por el paciente como por él mismo, y en sus relaciones y comunicaciones debe dejarse guiar *exclusivamente* por los resultados de este esfuerzo mental” (citado en Fenichel, 1961, pág. 24).

La crítica racional

Estudiaremos el proceso mediante el cual “el núcleo” de la interpretación llega a ser *la interpretación formulada*; y expondremos, basándonos en la obra de Freud, las circunstancias debido a las cuales el pensamiento racional conciente no constituye el camino más apropiado para lograrlo.

Freud nos señala repetidamente cómo la resistencia, que se presenta siempre que un contenido manifiesto es traducido al contenido latente, adquiere muy frecuentemente la forma de argumentos y críticas racionales a la exactitud de la interpretación. Aquella resistencia que moviliza argumentos y críticas racionales en el enfermo siempre es compartida, aunque en muy diferente magnitud, por el analista, ya que la interpretación ha surgido en su conciencia como un derivado de sus propias representaciones inconcientes normalmente reprimidas. El analista suele por lo tanto experimentar también, ante una adecuada interpretación, la impresión de estar diciendo algo ilógico y absurdo, a pesar de lo cual, en opinión de Freud, debe continuar imperturbable su labor.

Tal como ocurre con el contenido manifiesto del sueño, en el material brindado por la atención flotante participan la elaboración primaria y la

elaboración secundaria, combinadas en distinta proporción en cada caso. La primera, según lo expresa Freud, “no piensa, calcula ni juzga, se limita a transformar” (Freud, 1900a [1899], pág. 508). La segunda, equiparada por Freud al pensamiento “despierto” o racional preconciente, opera de tal manera que “el sueño pierde su primitivo aspecto absurdo e incoherente y se aproxima a la contextura de un suceso racional” (Freud, 1900a [1899], pág. 500). Mediante esta elaboración secundaria, “la instancia psíquica que ejerce la censura participa también regularmente en la formación de los sueños” (Freud, 1900a [1899], pág. 499).

Cuando construimos una interpretación a partir del material brindado por la atención flotante, que puede impresionarnos como incoherente y absurdo, tendemos, por impulsos de la resistencia, a someter *prematuramente* ese material a una elaboración secundaria conciente.

Freud expresa: “Una función intelectual que nos es inherente, exige de todos aquellos objetos de nuestra percepción o nuestro pensamiento, de los que llega a apoderarse, un mínimo de unidad, de coherencia y de inteligibilidad, y no teme establecer relaciones inexactas, cuando por circunstancias especiales no consigue aprehender las verdaderas” (Freud, 1912-1913, pág. 562). En *La interpretación de los sueños* dice: “La instancia psíquica que aspira a hacer comprensible el contenido manifiesto y lo somete con este fin a una primera interpretación, a consecuencia de la cual *queda más dificultada que nunca su exacta inteligencia*, no es otra que nuestro pensamiento normal” (Freud, 1900a [1899], pág. 505, subrayado nuestro).

La “exacta inteligencia” a la cual Freud alude se obtiene, según los cánones que nos transmite con respecto al análisis de los sueños, cuando la “abolición del rechazo intelectual” logra la afluencia de un número suficiente de derivados que, asociados entre sí, cobran un “sentido latente inteligible” que deshace la primera apariencia del contenido manifiesto.

La abolición conciente del rechazo intelectual

Parece probable que la abolición conciente del rechazo intelectual logre influir sobre nuestro preconciente, en el sentido de obtener una menor intervención de la elaboración secundaria en el material que surge como producto de la atención flotante.

La “exacta inteligencia”, como es inevitable dentro del inacabable “retículo” de contenidos latentes, es una nueva representación sustitutiva en la cual la resistencia participa precisamente con esa elaboración secundaria que le brinda el pensamiento racional. Pero es importante tener en cuenta que

Freud hace una distinción entre una prematura interpretación dictada por el pensamiento racional y esta “exacta inteligencia” que surge luego de una fase previa y suficiente de *abolición del rechazo intelectual conciente*.

Una aportación que enriquece la afirmación enunciada, acerca de que en el establecimiento del sentido inteligible, y aun en las condiciones más ideales, participa también la resistencia implícita en la elaboración secundaria, es lo que ha sido conceptualizado por Freud (1925h) en su artículo acerca de la negación cuando afirma que los juicios negativos son el sucedáneo intelectual de la represión.

Si profundizamos en el sentido de este enunciado, surge como primera conclusión que resulta imposible restringirlo a los juicios negativos, ya que todo juicio es afirmativo y negativo simultáneamente, o, dicho en otras palabras, lo que afirmamos contiene ineludiblemente una negación en su estructura. Además, sea el juicio afirmativo o negativo, contiene un mecanismo mediante el cual las catexis se distribuyen entre un número mayor de representaciones que cuando en lugar de establecer juicios nos “limitamos” a nominar objetos o sentimientos. En este sentido, todo juicio, resultado de un pensamiento racional, puede ser considerado un “sucedáneo” intelectual de la represión, o más exactamente una variante especial dentro del mecanismo general de la represión, sin que esto implique afirmar, como es obvio, que la represión sea el único mecanismo que participa en el pensamiento racional.

Podemos entonces preguntarnos cuándo es prematura la intervención de nuestro pensamiento racional y cuándo es suficiente la fase previa de abolición del rechazo intelectual. Otro problema no menos importante surge cuando nos preguntamos si en ese “cobrar sentido inteligible”, según el cual adquiere coherencia el material mediante la intervención del pensamiento racional, es deseable o no que participe el pensamiento racional *conciente*.

Pensamos que debemos mantener nuestra “abolición del rechazo intelectual” todo el tiempo que sea posible, y *centrar nuestro esfuerzo en mantener en la conciencia los derivados que en ella van surgiendo*. Sospechamos que *el material cobra un sentido inteligible desde nuestro preconciente* de una manera espontánea inevitable, y que este espontáneo sentido inteligible constituye ya casi totalmente la formulación de la interpretación.

Pensamos que si la interpretación así surgida no logra, por obra de la contrarresistencia, atravesar la represión en un grado suficiente, la intervención de nuestro pensamiento lógico es incapaz de mejorar la situación y que esto último puede lograrse mejor mediante la reinstalación de la atención flotante y el centrar nuestro esfuerzo en conservar en la conciencia los derivados que en ella van surgiendo, según la técnica descrita por Freud (1900a [1899]) en *La interpretación de los sueños*.

Así, desde este enfoque, la intervención del pensamiento racional consciente *durante la formulación de la interpretación*, en el sentido que postula Ferenczi cuando nos invita a examinar lógicamente y con un esfuerzo mental el material surgido de la atención flotante, nos parece que dificulta la “exacta inteligencia” que solicitaba Freud y constituye una expresión de la contrarresistencia inconsciente.

Podemos incluso añadir, en cuanto a la impresión de ilógico y absurdo que acompaña algunas veces a las interpretaciones que surgen como una ocurrencia, que tal impresión no corresponde a un déficit de participación racional en el “sentido inteligible” obtenido desde el preconsciente y verbalizado mediante la interpretación. La crítica de ilógico y absurdo surge como un sobreagregado que el pensamiento racional, preconsciente o consciente, realiza cuando obra al servicio de la resistencia.

Podemos enunciar más claramente la hipótesis que sustentamos diciendo que durante la formulación de la interpretación debemos procurar mantener alejado nuestro pensamiento racional consciente, esperando que los derivados que van penetrando en nuestra conciencia y que procuramos mantener en ella vayan cobrando un sentido inteligible en cierto modo independiente de nuestra intención consciente. Freud lo expresa así cuando afirma: “...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” (Freud, 1911e, pág. 412).

Pensamos que el material brindado por la atención flotante posee un marcado carácter visual, que se conserva, como un “más allá de las palabras”, en la estructura de nuestra interpretación tal como ésta surge del preconsciente, y que se pierde en cambio si la misma interpretación es unilateralmente conformada mediante la intervención del pensamiento racional consciente.

Consideramos que este contenido “no-verbal” de la interpretación, que pertenece sin embargo a la estructura del lenguaje, como ocurre en el caso de la poesía o la prosa literaria, posee lo que Bion (1962, pág. 14) llama “una penumbra de asociaciones” que contribuye positivamente en el proceso de atraer sobre la interpretación las catexis fijadas a las representaciones plásticas inconscientes.

El análisis de la transferencia

El examinar esta cuestión desde un nuevo ángulo constituido por el análisis de la transferencia, nos permitirá añadir algunas consideraciones.

Freud nos dice que “durante una cura psicoanalítica queda regularmente interrumpida la producción de nuevos síntomas. Pero la productividad de la neurosis no se extingue con ello, sino que actúa en la creación de un orden especial de productos mentales, inconcientes en su mayor parte, a los que podemos dar el nombre de transferencias” (Freud, 1905e [1901], pág. 654). Así como la condición de durmiente, impidiendo la ejecución material de los actos prohibidos, constituye en opinión de Freud un importante motivo en el debilitamiento de la censura y esto se manifiesta en la producción de un material onírico cuyos restos verbales constituyen la “vía regia” de acceso a las representaciones reprimidas, durante el tratamiento psicoanalítico el tabú frente a la actuación, o sea la regla de abstinencia, reproduciendo artificialmente las condiciones del dormir, nos conduce a la reproducción de un material verbal dotado de características semejantes.

La productividad de la neurosis se manifiesta durante el tratamiento en la transferencia, así como durante el dormir se manifiesta en los sueños, y así como en estos últimos se expresa mediante la elaboración del material brindado por los restos diurnos, durante el tratamiento el paciente expresa sus contenidos inconcientes aprovechando y elaborando, mediante un trabajo análogo al trabajo del sueño, representaciones preconcientes equivalentes a los restos diurnos.

En su “Psicología de los procesos oníricos”, Freud expresa que “la representación inconciente es absolutamente incapaz como tal de llegar a lo preconciente. Lo único que puede hacer es exteriorizar en él un efecto, enlazándose con una representación preconciente no censurable, a la que transfiere su intensidad y detrás de la cual se oculta. Este hecho, al que damos el nombre de transferencia, contiene la explicación de muchos singulares procesos de la vida anímica de los neuróticos” (Freud, 1900a [1899], pág. 557).

Cuando el sueño aprovecha un resto diurno, utiliza una huella mnémica preconciente de un suceso pasado. El recuerdo que proviene de esta huella mnémica encubre y representa el deseo inconciente que constituye el verdadero motor del sueño.

Análogamente ocurre durante el tratamiento cuando un paciente se expresa con huellas mnémicas preconcientes que pueden referirse o no a la persona del médico, pero que encuentran su similitud con el resto diurno en el hecho de ser huellas de un suceso pasado, aunque ese pasado sea tan inmediato como en el caso de referirse a la misma sesión que se está realizando. *El recuerdo que proviene de la huella mnémica encubre y representa también aquí el deseo inconciente reprimido que ha sido reac-*

tivado por la percepción sensorial actual. Esta percepción también pasa a ser reprimida y queda sustituida por ese recuerdo con el cual el paciente se expresa y que ha recibido la transferencia de la carga destinada originalmente al objeto de la percepción.

Las huellas mnémicas preconcientes se transforman así, “reanimadas” por los contenidos inconcientes que se están transfiriendo en ese momento, en re-presentaciones más o menos deformadas de los mismos, que constituyen la combinación de la representación de impulso reprimido con la representación de impulso represor. Tal como lo describe Freud en el párrafo anteriormente citado, este mecanismo constituye la esencia de lo que conocemos con el nombre de transferencia.

En todo el proceso mencionado es justamente este tipo de recuerdo que proviene de la huella mnémica preconciente y que constituye el contenido verbal, el eslabón más sustituible y menos consustancialmente entretreído con la enfermedad, ya que equivale al resto diurno del sueño.

Freud ha expresado que el paciente vive nuevamente en su relación con el médico, y *tiende a reproducir como actos*, los acontecimientos pasados que el analista intenta obtener como recuerdos.

Aquí Freud se refiere a los recuerdos de los acontecimientos pasados traumáticos y especialmente a los recuerdos de vivencias infantiles.

Los recuerdos infantiles reprimidos fueron en su origen huellas mnémicas preconcientes que, activadas por las representaciones de impulsos instintivos inconcientes que son incapaces de conciencia por sí mismos, fueron objeto de la represión secundaria por tratarse de derivados mediante los cuales la descarga obtenida resultaba intolerable y traumática. Quedaron así enlazados los impulsos inconcientes con estas representaciones preconcientes, formando lo que Freud, influido por Jung, denominó los complejos inconcientes. Como un derivado de los recuerdos infantiles reprimidos surgieron *los recuerdos encubridores*, capaces de derivar parte de la catexis retenida por los complejos inconcientes. Por último, las huellas mnémicas preconcientes más recientes, que en los sueños aparecen como restos diurnos, constituyen también recuerdos capaces de recibir la transferencia de las catexis retenidas, y se convierten así en derivados de los complejos inconcientes.

Prosiguiendo nuestra comparación con el proceso del soñar, podemos mencionar que los recuerdos infantiles enlazados a las representaciones inconcientes de los deseos reprimidos son el motor de los sueños, y que uniéndose a los restos diurnos constituidos por recuerdos recientes, forman el total de las ideas latentes, transformadas en el sueño manifiesto mediante el proceso de elaboración.

Podemos añadir que en el acto de relatar un sueño se lo está “soñando” de nuevo, aunque generalmente con un mayor grado de elaboración secundaria, para lo cual se aprovecha el “resto diurno” constituido por el material que es actual mientras se cuenta el sueño⁵. Este material actual recibe entonces la transferencia de los deseos reprimidos. Resulta importante comprender qué es lo que constituye el contenido latente, qué es lo que debe llegar a ser interpretado y cómo obra la interpretación para deshacer los complejos inconcientes.

Siguiendo el esquema que venimos desarrollando, podemos afirmar que *el contenido latente no es único e invariable frente a un determinado material manifiesto*, sino que se halla constituido por aquel derivado preconciente que en un momento dado y como producto de un constante movimiento funcional es capaz de obtener una transferencia mayor de la carga retenida, con respecto a aquel otro que constituye el derivado manifiesto. Dicho en otras palabras, llamamos contenido latente a un derivado que, en un momento dado, es elegido entre muchos posibles porque precisamente en ese momento resulta adecuado para obtener sobre sí una catexis mayor que el contenido manifiesto. Pero simultáneamente debe cumplir otra condición económica: en la carga que atrae sobre sí debe participar suficientemente la representación contradictoria que constituye la contracatexis, que impedía su acceso a la conciencia, y que también debe quedar satisfecha.

Esto queda resumido en la expresión según la cual decimos que la interpretación debe ser una representación sustitutiva transaccional adecuada para desligar los impulsos instintivos inconcientes de su transferencia sobre aquellas representaciones inadecuadas que estructuran los complejos infantiles. Esto, logrado a través de sucesivas transferencias sobre representaciones transaccionales cada vez más adecuadas para una descarga satisfactoria, constituye el proceso de elaboración. Freud (1900a [1899]) afirma que no es verosímil suponer que los caminos seguidos por el trabajo del sueño y aquellos seguidos por la interpretación sean transitables en dirección inversa. Lo cual supone pensar que la interpretación llega a las representaciones retenidas mediante un camino propio y diferente de aquel otro que fue recorrido en dirección inversa por el proceso de la transferencia.

Si estudiamos el proceso de la interpretación durante el tratamiento desde un punto de vista “objetivo”, aquello que llamamos contenido la-

⁵ Utilizamos la palabra “actual” en un sentido semejante al que le da Rodrigué (1965) en su concepto de actualidad, o sea, en su doble connotación de presente y acto.

tente surge en la conciencia del analista como un derivado propio, del cual se apropia el paciente cuando (ya comunicada la interpretación) transfiere sobre él la catexis retenida. Esto último, unido al emergente de asociaciones que lo enriquecen, nos conduce a afirmar que dicho contenido latente le pertenece. Podemos, en virtud de lo anterior, afirmar que el criterio de verdad no es lo operante en la valoración de una interpretación, y que debemos reemplazarlo por un criterio de adecuación; salvo que, haciendo un uso pragmático del concepto “verdad”, llamemos verdadero a aquello que demuestra ser adecuado para nuestros fines. La importancia de esta distinción para el tema que nos ocupa reside en que a la verdad llegamos por medio de juicios emanados de nuestro pensamiento lógico, mientras que a lo adecuado llegamos por medio del ejercicio práctico de nuestra técnica, en la cual confluyen el arte y la ciencia psicoanalíticos.

La reactivación del recuerdo

En su “Psicología de los procesos oníricos”, Freud (1900a [1899]) expresa que durante la vigilia el flujo continuo de representaciones de impulsos hacia la esfera motora del yo dificulta la activación retrógrada de los sistemas mnémicos, tendiendo a lograr una preeminencia de la acción sobre la fantasía o el pensamiento; y que durante el tratamiento psicoanalítico, así como en el dormir, esta condición queda disminuida.

Se reproduce así durante el tratamiento el doloroso proceso de “sobrecarga de los recuerdos” que Freud (1917e [1915]) describió como una de las fases del duelo. Desde este punto de vista, la concepción económica del proceso terapéutico, según la cual éste puede ser descripto como una recuperación de las catexis retenidas por los recuerdos infantiles, se conecta con la concepción estructural, según la cual la interpretación logra la paulatina recuperación de los objetos que constituyen el superyó, transformando la disociación melancólica en una relación de objeto o en una identificación satisfactoria.

Ya sea económica o estructuralmente, un modelo adecuado de este aspecto del proceso terapéutico podemos hallarlo en la revitalización, mediante un mayor aflujo sanguíneo, de aquellas partes corporales afectadas por una rémora circulatoria. Este modelo queda sugerido en la misma etimología de la palabra “recordar”, puesto que por su origen significa literalmente “volver al corazón” (Corominas, 1961). En los fenómenos tóxicos consecuentes a la reabsorción de los productos contenidos en las partes corporales afectadas por una rémora circulatoria, podríamos ver incluso

un adecuado modelo de aquellos fenómenos secundarios desagradables que aparecen a veces en el curso de un tratamiento psicoanalítico con el nombre de reacción terapéutica negativa y letargo⁶. Y lo mismo podríamos usar este modelo en relación con el dolor implícito en el proceso de “sobrecargar los recuerdos”.

Como lo hemos expresado anteriormente, el recuerdo que proviene de la huella mnémica reactivada en un momento dado del tratamiento, es algo que *encubre y representa en el preconciente el deseo inconciente reprimido y la percepción sensorial actual que ha reactivado ese deseo inconciente*. Al decirlo así incluimos en el recordar la reactivación, implícita en el hablar, de las huellas mnémicas que constituyen los restos verbales, pero incluimos también en este *mecanismo de transferencia de catexis, que ocurre en un presente continuo y variando continuamente de representación*, aquellos recuerdos infantiles y sus derivados que constituyen un “complejo” patológico reprimido. Desde el punto de vista dinámico, este “complejo” es una vía de asociación, intensamente preformada, entre un deseo inconciente y una determinada huella mnémica. Nos interesa destacar que esta interrelación entre deseo y huella que constituye el “complejo”, o su núcleo, es no sólo económica sino también dinámica. Es decir que además de disponer montantes de afecto “ligados” y retenidos, las catexis que transcurren por su interior, y más aún aquellas incapaces de descarga, provienen de una transferencia continua y recíproca entre la multitud de “complejos” y sus derivados preconcientes y concientes que forman el inacabable retículo de contenidos latentes y manifiestos. Mediante la concentración de las catexis transferidas sobre una representación, podemos alcanzar el *quantum* o montante suficiente de excitación para reactivar el recuerdo infantil y obtener, mediante la disolución del complejo, la liberación de la carga retenida.

El concepto sintetizado en la expresión “el paciente repite en lugar de recordar y debemos procurar que recuerde en lugar de repetir”, a pesar de su importancia indiscutible en la teoría de la técnica, omite el énfasis sobre otros aspectos dinámicos económicos subrayados por el mismo Freud, quien finaliza su artículo “Recuerdo, repetición y elaboración” con las siguientes palabras referidas a la elaboración: “Teóricamente podemos equipararla a la derivación por reacción de las magnitudes de afecto aprisionadas por la represión, proceso sin el cual no lograba eficacia alguna el tratamiento hipnótico” (Freud, 1914g, pág. 442).

⁶ La descripción psicoanalítica del letargo y su conexión con la reacción terapéutica negativa fue realizada por Cesio (1960a y 1960b).

La movilización del afecto

Creemos que tiene importancia insistir sobre esta cuestión por cuanto la reactivación del recuerdo constituye sólo un aspecto, aunque fundamental, dentro del proceso terapéutico. Para que este proceso se realice es necesario que se cumpla otra condición señalada por el mismo Freud, mediante la cual *el recuerdo moviliza procesos de descarga que se manifiestan como afecto*. Si decíamos que el paciente debe ser capaz de recordar en lugar de repetir, debemos agregar ahora que es necesario también que recupere su capacidad de reproducir como “actos” acompañados de afecto, y durante el proceso de elaboración, aquello que es capaz de recordar.

Los actos que el paciente debe reproducir durante el tratamiento, y sobre todo en el presente de la sesión psicoanalítica, deben mantenerse encuadrados por la regla de la abstinencia. Así procuramos no comprometer con un flujo “anterógrado” excesivo la dirección retrógrada de aquellos procesos patológicos que, resistiéndose a los deseos del médico, tienden a ser repetidos de manera inconciente e inmutable en la actuación. Dentro de los actos compatibles con estos postulados, debemos considerar fundamentalmente la actuación contenida en las palabras, ya que el hablar es un proceso que incluye un aspecto motor y en el cual la descarga se manifiesta de una manera evidente mediante el desarrollo de afecto.

Especial importancia adquiere la posibilidad de descarga de aquellos componentes de la transferencia positiva que resultan útiles al tratamiento, ya que su utilidad se pone de manifiesto mediante un doble proceso. Por un lado nos procura la colaboración del paciente con los fines de la cura; pero además, y esto nos parece digno de ser subrayado, *mantiene un flujo anterógrado que, aunque mínimo, es imprescindible* para que el paciente recupere su capacidad de accionar fuera de la sesión psicoanalítica, en la medida en que la calidad de esta acción haya variado mediante la interpretación. Esta medida es variable en los distintos enfermos y en los distintos momentos del tratamiento, pero podemos afirmar que cuando el flujo anterógrado desciende más allá de un nivel mínimo, el paciente no sólo “prosigue”, en el mal sentido de la palabra, su análisis fuera del ámbito del consultorio y en todas aquellas situaciones en las cuales tal vez y dentro de ciertos límites más le habría valido actuar o materializar sus proyectos, sino que, durante el mismo transcurso de la sesión, el tratamiento queda intelectualizado por un flujo retrógrado excesivo que impide una movilización suficiente de afectos.

El objetivo de nuestra técnica terapéutica puede ser formulado como lograr que *la excitación avance en sentido retrógrado* reactivando los sistemas mnémicos y “sobrecargando” los recuerdos *hasta llegar a un punto* a partir

del cual esta excitación vuelve hacia el polo motor del aparato psíquico. De esta manera ocurre la descarga en *el acto y la emoción* y éstos *quedan asociados a una representación sustitutiva* que comprende, íntimamente fusionados en una “nueva” huella, la interpretación, el recuerdo reactivado y la percepción de objeto material externo y presente con el cual se realiza el acto y se experimenta la emoción. *No solamente el acto, sino también la emoción, deben quedar encuadrados, en el transcurso de la sesión, dentro de los límites determinados por la regla de la abstinencia.* En algunos casos la excitación, en su progresión retrógrada, llega a invadir el polo sensorial del aparato psíquico, determinando con esto una sensación de “presencia” en la cual la representación que constituye el recuerdo adquiere carácter de alucinación; esto, que ocurre normalmente en los sueños, forma también parte, en mayor o menor medida, del fenómeno que denominamos transferencia. Freud expresa esto último con las siguientes palabras: “Los impulsos inconcientes no quieren ser recordados a la manera que el tratamiento lo desea y, en vez, se empeñan en manifestarse de acuerdo con la atemporalidad del inconciente y su capacidad alucinatoria”⁷.

La “dosificación” del afecto

Hemos dicho que la interpretación debe atraer sobre sí un montante suficiente de la carga retenida para poder derivarla nuevamente hacia la acción y la emoción a partir de una representación sustitutiva adecuada para lograr una descarga tolerable y suficiente. Podemos preguntarnos ahora en qué condiciones adquiere la interpretación un montante de afecto suficiente para desempeñar su función, y en qué circunstancias determina una dirección retrógrada o anterógrada del flujo de excitación en el aparato psíquico.

Cuando una carga proveniente de la excitación del aparato perceptor reactiva los deseos inconcientes y las contracatexis, ocurre que ambos, y parte de sus respectivas representaciones, quedan “automáticamente” *transferidos sobre la representación preconciente del objeto percibido.* Además ocurre que *la presencia de ese objeto queda certificada por la coexistencia de su representación preconciente y la excitación sensorial que continúa reactivando el conflicto entre el deseo inconciente y la con-*

⁷ “The unconscious impulses do not want to be remembered in the way the treatment desires them to be, but endeavour to reproduce themselves in accordance with the timelessness of the unconscious and its capacity for hallucination” (Freud, 1912b**, pág. 108).

tracatexis. La catexis es retenida en el inconciente, y como resultado de este conflicto, porque se recrea y mantiene funcionando en el presente y mediante la transferencia, la condición y el mecanismo de la enfermedad.

Este funcionamiento de la transferencia en un presente continuo para el cual la misma denominación de presente es inadecuada (Cesio, 1965b; Rodriqué, 1965) es inevitable y no depende por lo tanto de las condiciones de la interpretación, ya que, como es obvio, sea cual fuere el contenido de esta interpretación atraerá sobre sí una determinada transferencia. Pero resulta en cambio de la mayor importancia tener en cuenta que la interpretación está constituida por símbolos verbales capaces de reunir o separar en una o en varias representaciones, los montantes de afectos surgidos de los diversos sectores del conflicto, y puede por lo tanto disociar mediante diferentes representaciones de tiempo o espacio los acontecimientos “actuales” de la transferencia.

Mediante la estructura lógica de un mensaje verbal, por ejemplo, establecemos juicios, discriminaciones y relaciones cada vez más complejas, que constituyen el ejercicio de nuestro pensamiento racional conciente. Frente a ese “presente” constituido por la continua transferencia de catexis, podemos recurrir a formulaciones que nos permiten disociar entre un “hoy” y un “ayer”, o entre un “aquí” y un “allá”, o entre una “causa” y un “efecto”, todo un grupo de representaciones de impulsos que están ocurriendo en un continuo y en un presente que, como “cosa en sí”, está más allá de aquello que logramos describir.

Volviendo a cuestiones que planteamos previamente, podemos expresar ahora que una interpretación puede adquirir el montante de afecto suficiente en las más diversas condiciones, ya que depende de magnitudes y cualidades relativas entre sí y variables para cada caso y situación. Sin embargo se puede afirmar que la estructura lógica de una interpretación tiende a disminuir la catexis, disociándola entre un número determinado de representaciones en cierto modo antagónicas, ya que el juicio surge del principio de contradicción. La interpretación que podemos llamar “nominativa” o descriptiva, y más aún en la medida en que renuncia a precisar ubicaciones en el tiempo o en el espacio, así como relaciones entre causas y efectos, tiende a aumentar, en cambio, por mecanismos de condensación y desplazamiento inherentes al proceso primario y presentes en el complejo proceso de simbolización, el montante de catexis que se transfiere sobre ella.

Forma parte del problema que estamos desarrollando el considerar aquellas situaciones en las cuales la descarga obtenida más que suficiente parece excesiva. Si queremos aclarar qué entendemos por descarga excesiva, podemos conceptualizarla diciendo que se trataría de un proceso de

descarga en el cual la ausencia de una suficiente activación retrógrada de los recuerdos provoca una descarga inmodificada, que se realiza de acuerdo con los clisés habituales que condicionan la neurosis del paciente. Más que de una descarga excesiva se trataría pues de una descarga inadecuada, ya que provoca un aumento de la carga retenida en una de las representaciones contradictorias. Tal situación correspondería a un déficit de la interpretación en su función de activar en dirección retrógrada los recuerdos que deben ser integrados en nuevas representaciones.

Podemos añadir que la interpretación puede interrumpir la tendencia a la actuación y dirigir en dirección retrógrada los procesos de excitación atrayendo sobre sí la carga, cuando satisface más adecuadamente que el acto la descarga de aquella resultante total de las catexis retenidas. Esta interpretación es precisamente la que recrea “de inmediato” el curso anterógrado interrumpido, puesto que se ofrece como una representación transaccional más adecuada que no encuentra bloqueada su tendencia hacia la acción y la emoción.

Síntesis y conclusiones

Partimos de una descripción teórica del conflicto neurótico en la cual contemplamos especialmente el aspecto económico contenido en las representaciones de impulsos y sus vicisitudes a través del proceso de la represión. Desde este punto de vista, el interpretar adquirió una primera definición según la cual consiste en brindar una representación sustitutiva transaccional capaz de derivar las magnitudes de afecto retenidas en el conflicto neurótico.

Apoyándonos en los conceptos fundamentales de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899]) y en otras afirmaciones de Freud acerca de la atención flotante, completamos la anterior definición con consideraciones según las cuales la interpretación surge en la conciencia como un derivado transaccional en el cual coparticipan el proceso primario y el pensamiento racional preconciente, tal como ocurre en la elaboración onírica. Aunque *el pensamiento lógico conciente* puede intervenir en interpretaciones adecuadas y exitosas, *no constituye un elemento esencial durante la formulación de la interpretación*, sino que por el contrario suele colocarse al servicio de la contrarresistencia.

Pasamos luego a estudiar el proceso transferencia-contratransferencia partiendo de la definición que realiza Freud en relación con el proceso del soñar, y según la cual la esencia de la transferencia consiste en el desplaza-

miento de las representaciones de impulsos inconcientes sobre las huellas mnémicas preconcientes.

Apoyándonos en otros conceptos de Freud destacamos la importancia que posee el considerar que la productividad de las neurosis se manifiesta durante el tratamiento en la transferencia, así como durante el dormir se manifiesta en los sueños. Estudiamos además el proceso de recordar en lugar de repetir, y su relación con las huellas mnémicas verbales que constituyen la interpretación, y concedemos una gran importancia, en la comprensión del proceso terapéutico, al esquema desarrollado por Freud (1900a [1899]) en su “Psicología de los procesos oníricos”, según el cual el flujo de excitación puede emprender en el aparato psíquico una dirección retrógrada, antagónica con respecto a la tendencia hacia la acción y emoción.

Además nos ocupamos de considerar aquellos aspectos de la transferencia vinculados a características de nuestro aparato psíquico, que han sido conceptualizados como atemporalidad del inconciente o actualidad del proceso transferencial. En estas características encontramos cualidades que permiten añadir otras consideraciones acerca de la función del pensamiento lógico en el interpretar. Frente a lo que constituye la estructura lógica de la interpretación, pensamos en algunas interpretaciones que podemos llamar nominativas o descriptivas, y cuyo carácter esencial consiste en una riqueza o “penumbra de asociaciones” que le brinda capacidad para condensar varias representaciones contradictorias y obtener sobre sí la transferencia de la carga retenida. Esta “penumbra de asociaciones” se articula con un “más allá de las palabras” que forma parte sin embargo de la estructura del lenguaje, tal como ocurre por ejemplo con la poesía o la prosa literaria, y que constituye un nexo entre las representaciones visuales o plásticas del inconciente y las representaciones verbales⁸.

En relación con el proceso del soñar y las transferencias recíprocas de la excitación entre las diversas representaciones que constituyen las ideas latentes del sueño, se plantean algunas consideraciones acerca del carácter funcional y relativo de aquel contenido latente que, en un momento dado, resulta adecuado para atraer sobre sí la carga del contenido manifiesto. Este carácter relativo y funcional del contenido latente nos introduce así nuevamente en las relaciones entre el pensamiento lógico, que enuncia juicios de “verdad”, basados en el principio de contradicción, y el interpretar como un proceso más complejo cuyo ejercicio nos

⁸ Sobre este mismo tema de la “penumbra de asociaciones” y su relación con el simbolismo en el arte, véase el fecundísimo concepto de “redundancia extrasistemática” planteado por E. H. Gombrich (1966).

acerca a un criterio según el cual “verdadero” es aquello que se demuestra adecuado para nuestros fines⁹.

⁹ Resulta pertinente añadir a estas ideas algunas reflexiones extraídas de un comentario al artículo de M. Abadi “Meditación sobre el Edipo” (Chiozza, 1976i):

Para los griegos averiguar era descubrir una verdad, *alétheia*, que está ahí desde siempre, preformada y oculta, más allá del hombre que la busca, y que, con su esfuerzo, debe descubrirla. El concepto acerca de la verdad ha sufrido las más diversas vicisitudes durante la evolución del pensamiento humano. Para los hebreos, por ejemplo, la verdad, *emunah* (amén), es lo que será como producto de los designios divinos que, lejos de poseer un ser inmutable, son el resultado de una voluntad que no admite restricciones. Tal como señala Ortega y Gasset, *emunah* no es en el decir del hebreo como el logos de la verdad: “A es B”, sino “así será”. Averiguar es para el hebreo profetizar a través de la invocación de la gracia concedida como revelación, pero, y esto me parece importante, como la revelación de un destino “improvisado” por un Dios que puede ser influido mediante la plegaria.

Es cierto que el psicoanálisis, mediante su indagación en los significados ocultos, nos reconcilia con el espíritu griego en su búsqueda del ser latente que debe ser descubierta. Pero existe sin embargo una importante diferencia. El psicoanálisis no se compromete en la creencia de un ser latente unívoco, sólo se compromete en la afirmación de su latencia. Aquí resulta pertinente recordar a Freud cuando afirma en *La interpretación de los sueños* que “las ideas latentes descubiertas en el análisis no llegan nunca a un límite y tenemos que dejarlas perderse por todos lados en el tejido reticular de nuestro mundo intelectual” (Freud, 1900a [1899], pág. 539). ¿No apunta esta aseveración de Freud hacia una coincidencia con una época como la nuestra, en la cual alejamos nuestro pensamiento de la creencia en la posibilidad de establecer el ser inmutable de una verdad independiente del hombre?

[...]

No es que cuestione la posibilidad de privilegiar una representación frente a las otras, sin la cual toda interpretación psicoanalítica sería imposible; lo que cuestiono es la posibilidad de otorgar el carácter de “final” a cualquiera de ellas, ya que, aunque afirmemos que este final es inalcanzable, estamos, si así lo hacemos, al mismo tiempo aseverando que podemos divisar cuál podría llegar a ser.

[...]

Examinando desde este punto de vista el “expediente de Edipo”, la indagación por la culpa se torna tarea inacabable y queda sustituida, tal vez provisoriamente, por “el hacerse responsable de una reparación”.

[...]

Otro tema fascinante es la relación entre conocimiento, angustia y prejuicio. Si es cierto lo que señala Freud cuando en su trabajo “Sobre psicoterapia” afirma: “...la acción somática y psíquica de los impulsos anímicos hechos concientes no puede ser nunca tan fuerte como la de los inconcientes” (Freud, 1905a [1904], pág. 401), debemos concluir en el pensamiento de que existe una forma de conocimiento que impide el hacer conciente un impulso inconciente destructivo.

Por fin realizamos algunas consideraciones acerca de los factores que intervienen en la capacidad de una determinada interpretación para atraer sobre sí las catexis retenidas, llegando a la conclusión de que la estructura lógica tiende por lo general a disminuir las catexis mediante el mecanismo de la disociación, mientras que la interpretación nominativa tiende a aumentar las catexis mediante mecanismos de condensación y desplazamiento implícitos en el proceso de simbolización inconciente. Se concluye afirmando que en toda interpretación participan uno y otro proceso, como es el caso de la elaboración onírica, y que el grado óptimo en esa capacidad de atraer sobre sí las catexis, se da cuando la interpretación se demuestra más adecuada que el acto repetitivo para descargar la resultante total del conjunto de representaciones de impulsos retenidos y contradictorios entre sí.

Resumen

II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 231-232.

En el presente trabajo se estudian y desarrollan algunos conceptos de Freud acerca de la actividad que denominamos interpretar, procurando aportar algunos elementos al esclarecimiento de: qué es, cómo funciona y qué significa interpretar.

Se procura integrar en un esquema coherente los enunciados de Freud acerca de la resistencia y del análisis de la transferencia, con aquellos postulados dinámico-económicos acerca de la represión y lo inconciente que constituyen, en un cierto aspecto, la culminación teórica de la experiencia brindada por el método psicoanalítico catártico.

¿Se podrá denominar a este tipo de conocimiento “conocimiento genuino”? En el caso de no ser así: ¿cómo podríamos diferenciar claramente ambos tipos de conocimiento? Y, por el contrario, si fuera genuinamente conocimiento: ¿de cuáles factores distintos de su lejanía de la conciencia dependerá en definitiva su capacidad de daño? Tal vez un ensayo de respuesta consista en volver sobre la afirmación primera para señalar que el conocimiento genuino puede ser también utilizado para mantener inconciente un impulso destructivo, y que el llamado conocimiento prohibido debería ser aquel especialmente adecuado para cumplir con tal designio también inconciente.

Se utilizan para esta integración conceptos vertidos en el libro *La interpretación de los sueños*, poniendo especial énfasis en su “Psicología de los procesos oníricos” y en sus afirmaciones acerca de la elaboración onírica y del procedimiento para interpretar los sueños. También se utilizan, de una manera implícita o explícita, ideas vertidas por autores posteriores que se mencionan en la bibliografía.

A partir del esquema así logrado se desarrollan algunas consideraciones acerca de la intervención del pensamiento racional, conciente o preconciente, durante la formulación de la interpretación. Esta intervención queda equiparada al proceso de elaboración secundaria, que se realiza sobre las ideas latentes del sueño, y, por lo tanto, aunque puede incidir positivamente sobre la actividad que denominamos interpretar, mediante aquella intervención “la instancia psíquica que ejerce la censura participa también regularmente en la formación de los sueños” y en la formulación de la interpretación.

**EL USO DEL PENSAMIENTO
LÓGICO EN LA INTERPRETACIÓN
PUESTO AL SERVICIO DE
LA CONTRARRESISTENCIA**

(1966)

Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld
y Jorge Pantolini

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1966b) “El uso del pensamiento lógico en la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia”.

Ediciones en castellano

Revista Uruguaya de Psicoanálisis, t. VIII, Nº 3, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, págs. 223-229 (incluye un “Resumen”).

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 345-352, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 39-44.

Con un “Apéndice”, se publicó en:

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 283-289.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Traducción al italiano

“L’uso del pensiero logico nell’interpretazione posto al servizio della controresistenza”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 25-29.

Un día, un viejo sabio chino perdió sus perlas. Mandó, pues, a sus ojos a buscar las perlas, pero sus ojos no encontraron sus perlas. Mandó entonces a sus oídos a buscar las perlas, pero sus oídos tampoco encontraron a sus perlas. Mandó luego a sus manos a buscar las perlas, pero tampoco sus manos las encontraron. Y así mandó a todos sus sentidos a buscar sus perlas pero ninguno de ellos las encontró. Finalmente, mandó a su no-buscar a buscar sus perlas. Y su no-buscar encontró las perlas.

ENRIQUE RACKER (1960, pág. 26)

Freud, refiriéndose al análisis de los sueños, expresa que en algunos casos “en lugar del sujeto, es el analizador el que a ellos asocia bien definidas ocurrencias” (Freud, 1916-1917 [1915-1917], pág. 201).

El derivado que penetra en la conciencia del analista como una “bien definida ocurrencia” constituye lo que hoy denominaríamos una ocurrencia contratransferencial (Racker, 1960), cuyas vinculaciones con el paciente pueden permanecer todavía oscuras.

Pero es más importante aún señalar que aquel derivado que adquiere *desde un principio* la forma de una más acabada interpretación, en el sentido de poseer características que nos llevan a sentir o pensar que corresponde a lo latente del enfermo, es también un emergente contratransferencial, aunque este carácter permanezca habitualmente inconciente para el analista.

La interpretación, o por lo menos aquello que podemos considerar su núcleo básico, surge en la conciencia del analista *mediante un mecanismo análogo al de la formación de los sueños*, y ante una condición de “regresión” creada por la regla de abstinencia, según la cual el analista no actúa y se limita a interpretar. Esta última condición ha sido conceptualizada por Freud (1900a [1899]) cuando afirma que el bloqueo de la acción imprime una dirección retrógrada a los procesos de excitación, reactivando de esta manera las huellas mnémicas asociativamente conectadas.

La “regresión formal” implícita en este proceso brinda a lo que podemos denominar el núcleo básico de la interpretación, un marcado carácter visual o plástico. Freud aclara que no debemos descuidar la posibilidad de un acceso “directo” a la conciencia, “previo” a la intervención de la palabra, mediante la reactivación de los restos mnémicos visuales (Freud, 1923b, pág. 13).

Tal como lo hemos visto en “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar” (Chiozza y colab., 1966e), integrando las afirmaciones de Freud acerca de la atención flotante con los conceptos vertidos en “Lo inconsciente” (Freud, 1915e), “La represión” (Freud, 1915d) y “La dinámica de la transferencia” (Freud, 1912b), podemos afirmar que la interpretación surge en la conciencia del analista como un derivado asociativamente conectado con algunos elementos de su propio inconsciente. Estos elementos, *reactivados* por su identificación con el paciente y similares a los que el paciente reprime, continúan reprimidos en el analista y desplazan su carga sobre el derivado que constituye la interpretación. Pero en virtud de la mayor permeabilidad de su aparato psíquico, o sea su menor grado de represión, el analista logra una representación más “cercana” (Chiozza y colab., 1966e) a los elementos inconscientes reprimidos que el derivado que constituye el contenido manifiesto en el material del paciente. Esta interpretación visual o plástica necesita adquirir, *a los efectos de la comunicación que utilizamos en la terapéutica psicoanalítica*, una estructura verbal. Se transforma entonces en un “puente” verbal capaz de despertar en el paciente una representación que, por su mayor “cercanía” a lo que se ha convenido en llamar (Rapaport, 1964) la “representación de impulso” original inconsciente, logra atraer sobre sí parte de la carga retenida. Adquiere así el nombre de contenido latente o se fusiona con lo que denominamos de esa manera.

Si la interpretación, venciendo la resistencia, logra atraer sobre sí un montante suficiente de la carga retenida, adquiere para el enfermo el carácter de una representación sustitutiva que busca derivar nuevamente su carga en sentido “anterógrado”, o sea hacia la emoción y la acción, pero luego de la interpretación que brinda una adecuada representación *transaccional*, la descarga puede adquirir condiciones *tolerables y suficientes*. *Este carácter mutativo de la interpretación depende sólo secundariamente de su estructura verbal y lógica*, ya que su capacidad de atraer sobre sí la carga retenida depende esencialmente de su carácter transaccional.

Frente al “presente” constituido por el proceso continuo de la transferencia podemos recurrir a formulaciones que nos permiten disociar entre un “hoy” y un “ayer”, o entre un “aquí” y un “allá”, o entre una “causa” y un “efecto”, todo un grupo de representaciones de impulsos que están ocurriendo en un continuo y un presente que, como “cosa en sí”, está más allá de aquello que logramos describir, y que por lo tanto no coincide con las representaciones de tiempo y espacio o de causa y efecto inherentes a nuestro pensamiento lógico.

Se puede afirmar que la estructura lógica de una interpretación tiende a disminuir la carga, disociándola entre un número determinado de

representaciones en cierto modo *antagónicas*, ya que el juicio surge del principio de contradicción.

La interpretación que podemos llamar “nominativa” o descriptiva, y más aún en la medida en que renuncia a precisar ubicaciones en el tiempo o en el espacio, así como relaciones entre causas y efectos, mantiene una riqueza o “penumbra de asociaciones” (Bion, 1962) que *tiende* a aumentar en cambio, por mecanismos de condensación y desplazamiento inherentes al proceso primario y presentes en el complejo proceso de simbolización, el montante de carga que se transfiere sobre ella.

Esa riqueza o “penumbra de asociaciones”, que se halla también presente en la metáfora, se articula con un “más allá de las palabras” que forma parte sin embargo de la estructura del lenguaje, tal como ocurre por ejemplo con la poesía o la prosa literaria, y que constituye un nexo entre las representaciones visuales o plásticas, más cercanas a lo inconciente, y las representaciones verbales.

Para completar lo dicho hasta aquí debemos recordar que, según lo afirmado por Freud (1900a [1899]), la instancia psíquica que ejerce la censura participa también regularmente en la formación de los sueños mediante la intervención del pensamiento racional, que constituye el proceso secundario. A esto podemos añadir que durante la formulación de la interpretación se cumple el mismo proceso, de manera que la intervención del pensamiento racional preconciente asegura la participación del proceso secundario en el emergente de la atención flotante.

Nos parece importante señalar además que *las características del proceso secundario cambian*, ya que éste *evoluciona* en la medida en que se desarrollan las facultades mentales del hombre. A través de los enunciados de diferentes disciplinas podemos comprobar cómo el pensamiento racional, que se rige por las leyes de la lógica formal, ha quedado comprendido dentro de un sistema cuatridimensional más amplio. Este sistema ha sido denominado *arracional*, porque no se halla totalmente sujeto a las leyes del pensamiento lógico (Gebser, 1951). Pensamos, basándonos en estos conceptos, que la intervención del pensamiento lógico en la formulación de la interpretación no siempre equivale a una idéntica participación del proceso secundario, ya que este proceso secundario puede intervenir en una forma alógica o arracional.

Volviendo a nuestra comparación entre el sueño y la interpretación diremos que el carácter aparentemente absurdo e ilógico de los sueños fue deshecho por el mismo Freud (1900a [1899]), cuando demostró que no sólo poseían un sentido inteligible, sino que, además, el pensamiento racional participa regularmente en el proceso de su formación. Pensamos que, análogamente, la apariencia plana o bidimensional de los sueños

(Rascovsky, 1960), o de las imágenes visuales que forman muchas veces el núcleo de una interpretación, es sólo una representación que oculta su carácter cuatridimensional. La forma llamada aperspectiva (Gebser, 1951) correspondería a esta modalidad visual de lo arracional.

Expondremos a continuación y en puntos sucesivos las conclusiones del presente trabajo:

1. Cuando decimos que el preconciente del terapeuta se halla dotado de una especial permeabilidad que es producto de su formación psicoanalítica (Cesio, 1965*b*), afirmamos implícitamente que *esta formación lo dota, también, a través de su entrenamiento práctico y de sus conocimientos teóricos, de una especial modalidad de censura preconciente, codeterminada, entre otros factores, por la regla de la abstinencia.*

2. Hay casos en que la censura o represión que obra a través del pensamiento racional preconciente es capaz de proporcionar, al emergente espontáneo de la atención flotante, aquel grado de coherencia suficiente para constituir una adecuada interpretación.

3. Esta capacidad del preconciente aumenta en la medida en que progresa adecuadamente la formación del analista, y proporciona las interpretaciones que consideramos mejor ubicadas en el punto de urgencia.

4. Aquellos defectos de formación que estructuran escotomas o modalidades neuróticas en el preconciente del analista, que aparecen en el emergente de la atención flotante, se trasladan por lo general a la interpretación, a pesar de que se intente modificarlos mediante *el ejercicio de la reflexión conciente durante su formulación.*

5. Durante el transcurso de una sesión frecuentemente logramos cambiar de una manera adecuada el contenido o la forma de algunas interpretaciones inoperantes. Pensamos que este cambio, que suele atribuirse a la acción de nuestra reflexión conciente, surge en la mayoría de los casos, cuando se realiza durante la misma sesión, como resultado de una nueva intervención de nuestro preconciente.

6. Pensamos que el pensamiento racional *conciente*, cuando adquiere la forma de un razonamiento lógico de carácter deductivo, por ejemplo, también puede intervenir en interpretaciones adecuadas y exitosas, pero que no constituye sin embargo un elemento esencial *durante la formulación* de la interpretación, sino que por el contrario suele colocarse al servicio de una contrarresistencia excesiva. Puede entonces ser equiparado al proceso de la elaboración secundaria conciente de los sueños.

7. Pensamos que, a partir de las consideraciones anteriores, el análisis de la situación transferencial adquiere una nueva modalidad, que se halla

a “mitad de camino” entre la comunicación de la ocurrencia contratransferencial y su elaboración a través del pensamiento lógico.

Finalizaremos con las siguientes palabras de Freud referidas a la orientación conciente del tratamiento: “...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 inconciente la dirección de la síntesis” (Freud, 1911*e*, pág. 412).

Resumen

Revista Uruguaya de Psicoanálisis, t. VIII, N° 3, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, 1966, pág. 227-228.

En el presente trabajo, y a partir de las postulaciones de Freud, se estudia a la interpretación como un puente o “mediador” “interpartes” destinado a atraer sobre sí, y momentáneamente, una parte o montante suficiente de aquellas catexis patológicamente transferidas sobre representaciones sustitutivas. Tal interpretación suele provocar en el paciente, y aun en el analista, la impresión de ser ilógica y absurda. Es, sin embargo, la que obtiene un efecto mutativo.

Desde este punto de vista, tomando el criterio sustentado por Freud según el cual la interpretación es una traducción del contenido manifiesto al contenido latente, se estudia cómo frecuentemente la interpretación, al servicio de la contrarresistencia, abandona esta función de traducción “directa”, lograda gracias a la permeabilidad entre conciente o inconciente propia del analista.

En los casos en que la contrarresistencia, que expresa y señala una resistencia análoga del paciente, disminuye esta permeabilidad del analista, suele ocurrir que la interpretación surja como producto de un complicado proceso intelectual de tipo lógico, como por ejemplo un proceso deductivo o un determinado juicio crítico o diagnóstico. Cuando esta interpretación así surgida, no logra atravesar la barrera de la contrarresistencia, continúa en parte al servicio de esta contrarresistencia, y se dirige también hacia las funciones más elevadas de raciocinio del paciente. Se cumplen entonces los designios de la resistencia y se favorece la intelectualización; ya que los montantes de afecto displacenteros se distribuyen y neutralizan de esta manera, en el terreno del pensamiento, entre un número grande de representaciones ideológicas,

lo cual disminuye el efecto mutativo y tiende a mantener intacta la transferencia. La interpretación adquiere así un contenido resistencial análogo al de la elaboración secundaria conciente en los sueños.

Apéndice de las ediciones de 1980, 1995 y 1996

Las consideraciones aquí vertidas acerca del núcleo visual o plástico de las interpretaciones y su relación con la estructura verbal, así como el planteo de un cambio evolutivo en las características del proceso secundario, culminaron dos años más tarde en la necesidad de postular la existencia de un proceso terciario, idea que retomamos diez años después para enriquecerla con otras consideraciones –véanse “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina” (Chiozza, 1970*m* [1968]) y “Hacia una teoría del arte psicoanalítico” (Chiozza, 1978*j*)–.

Los hallazgos que mientras tanto ha realizado la neurofisiología con respecto al funcionamiento de ambos hemisferios cerebrales han conducido recientemente a Watzlawick (1977) a equiparar la función del hemisferio dominante con las características del proceso secundario y la función del otro con las del primario. Más allá del grado de exactitud en la coincidencia que pueda atribuirse a esta equiparación, resulta especialmente valioso, para enriquecer la comprensión del tema que nos ocupa, el tener en cuenta el resultado de las investigaciones sobre la función diferenciada de ambos hemisferios y su interrelación. Si otorgamos validez a la analogía trazada por Watzlawick, deberíamos añadir, a mi juicio, que una parte de las funciones gestálticas o “artísticas” atribuidas al hemisferio no dominante, debe corresponder, en general, al ejercicio combinado de ambos hemisferios, y que esta interrelación funcional podría muy bien ser homologada con el proceso terciario.

EL QUÉ-HACER CON EL ENFERMO

(1970 [1968])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1970/ [1968]) “El qué-hacer con el enfermo”.

Ediciones en castellano

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 491-502, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 149-157.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, 389-401.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 45-54.

Traducción al italiano

“Il che-fare con il malato”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 220-232.

El texto de este trabajo fue presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática en octubre de 1968.

La vida no admite preguntas. Tampoco da respuesta alguna.
La vida florece simplemente. O se niega.

Las tres caras de Eva,
INGMAR BERGMAN

El trabajo problemático del médico

En su puro sentido primitivo, que continúa vivo y motivando la elección de la palabra desde el inconciente, tratar deriva de *trahere*, que significa “tirar” de algo (Corominas, 1961); por lo tanto, si decimos que el quehacer con el enfermo es un tratamiento, nos comprometemos implícitamente con una determinada concepción de la enfermedad. “Curar”, “medicar” y “terapéutica” son palabras que derivan de “cuidar”, la cual a su vez deriva de *cogitare*, que significa pensar, y, por extensión, prestar atención (Corominas, 1961). Este segundo sentido, atribuido al quehacer con el enfermo, también implica un compromiso *a priori* con una determinada concepción acerca de este quehacer. Tales compromisos son inevitables, y por esta razón resulta por lo menos esclarecedor intentar volver a los orígenes para replantearse la cuestión desde el principio. La palabra “quehacer” posee el sentido de un trabajo, de una ocupación, pero, ya que se ha formado por la unión de “qué” y “hacer” (Corominas, 1961), suponemos que contiene un primitivo significado de pregunta, de pensamiento, de trabajo problemático que parece adecuado para denominar especialmente la acción que se realiza con el enfermo.

Si este trabajo no fuera problemático, es decir no engendrara problemas, pensamientos, nada habría que decir de él. La medicina no existiría ni como magia, ni como religión, ni como ciencia. Estos pensamientos pueden ser mágicos, pueden ser lógicos y pueden ser también lo que hoy llamamos alógico o arracional (Gebser, 1951).

Lo que nos interesa destacar aquí es que, sea cual fuere la índole del pensamiento o problema a que dé lugar el quehacer con el enfermo, sea mágico, lógico o arracional, sea del médico o del paciente, esto constituye

una *interpretación*. Freud (1950a [1895]*) afirmó no sólo que el pensamiento cesa en la acción, sino también que nace como consecuencia de una necesidad insatisfecha. Cuando, frente a un hombre enfermo, la acción, inadecuada, no deshace el sufrimiento que siempre, aun sin saberlo, comparten médico y paciente, surge el pensamiento. A veces esto sucede de una manera “nueva”, ya no se trata de una interpretación en el sentido corriente, el pensamiento se “amplifica” y llega entonces a constituir un *problema*. En esa situación solemos comenzar por recurrir a la esperanza nacida de la fe que podamos tener en lo que hacemos. Adquirimos así, en un primer momento, como médicos o como enfermos, la capacidad para esperar. Suele bastarnos a veces, para esta esperanza nacida de la fe, la emergencia en la penumbra de nuestra conciencia, de recuerdos o representaciones de experiencias pasadas exitosas. Otras veces nos reconforta, más o menos concientemente, la noción de coincidencia entre nuestro actuar actual y nuestras anteriores actuaciones exitosas, o la coincidencia con el actuar de aquellos médicos en cuya capacidad confiamos. Pero no siempre la espera basta para que la acción inadecuada se transforme en adecuada. En esos casos, como ocurre con el lactante que alucina el pecho ausente, vuelve el malestar con redoblada intensidad, y entonces, inevitablemente, reaparece ese pensamiento “amplificado”, ese problema que ya no constituye en sí mismo simplemente una interpretación, sino que abarca en la pregunta la misma esencia del actuar. Nos preguntamos entonces: ¿qué significa interpretar? Todo trabajo científico surge así como el producto de una cuota de insatisfacción en el actuar y como el intento de encontrar un camino de salida hacia un actuar más eficaz.

Utilizo aquí el término interpretación en un sentido amplio y diferente al comúnmente utilizado en psicoanálisis, *pero no en un sentido opuesto*. Por el contrario, este concepto amplio, que incluye la interpretación de una radiografía o análisis de orina tanto como la interpretación “del movimiento de los astros”, que incluye la interpretación del médico y la del paciente, enriquece el concepto de la interpretación psicoanalítica y la integra en un contexto más amplio: la atribución de un sentido que, en cierto modo, es similar a lo que Freud denominara “formación de sistemas”.

Si volvemos ahora nuestros ojos al campo de la experiencia cotidiana en ese quehacer con el enfermo, diremos que un médico vive muchas horas en contacto con ese sufrimiento, *siempre compartido*, conciente o inconcientemente, que llamamos enfermedad. Y su propósito conciente, muchas veces mediato, es transformar ese sufrimiento mutuo en bienestar. Tal propósito suele materializarse, con éxito o con fracaso, en una acción conciente, acción que los psicoanalistas ejercemos de una manera que

llamamos interpretar. Los médicos que llamamos clínicos o los cirujanos suelen conceptualizar por separado, en la esfera de lo que hacen, aquello que denominan su acción diagnóstica o terapéutica de lo que denominan la interpretación de sus resultados; no obstante, sin embargo, de acuerdo con esta interpretación actúan. Los psicoanalistas solemos también a veces distinguir entre la interpretación y la comunicación verbal de esta interpretación al paciente, considerando que esta comunicación verbal constituye la acción o el agente terapéutico que nos caracteriza como psicoterapeutas.

¿Pero es sólo esta actividad conciente del médico, sea clínico o psicoanalista, la esencia de su quehacer con el enfermo? ¿Es sólo esta actividad conciente el agente que se traduce en resultados? En diciembre de 1964, preocupados por comprender, en cuanto a la actividad terapéutica psicoanalítica, este y otros problemas semejantes, tales como la función del “contenido” del silencio en la mutación de la transferencia, formamos, con los doctores V. Laborde, E. Obstfeld y J. Pantolini, un grupo de investigación. Transcribiré a continuación un fragmento del resumen que realizamos, en marzo de 1967, de algunos conceptos extraídos de las actas de nuestras primeras reuniones:

- 1) Si la transferencia actúa “preverbal” e inconcientemente sobre el analista, la contratransferencia actúa “preverbal” e inconcientemente sobre el paciente: constituye *el acto de contratransferir*.
- 2) Si la contratransferencia llega “antes” que la interpretación verbal hablada, debe ser necesariamente el agente terapéutico por excelencia. El proceso que llamamos interpretación debe pues variar a la contratransferencia “antes” que a la transferencia.

Se dan entonces tres posibilidades esquemáticamente consideradas:

- A) 1) El paciente transfiere. 2) El analista contratransfiere. 3) El paciente transfiere de una manera modificada. El proceso terapéutico se ha cumplido de un modo inconciente.
- B) 1) El paciente transfiere. 2) El analista contratransfiere. 3) El paciente transfiere, inmodificadamente. La contratransferencia del analista mantiene el círculo vicioso de la neurosis que se realiza así inconcientemente. El proceso terapéutico no se ha realizado.
- C) 1) El paciente transfiere. 2) El analista toma conciencia de lo que está contratransfiriendo y mientras lo contratransfiere lo va modificando en el proceso de “soñar” (ideograma

oniroide primitivo) y el hablar. 3) El paciente transfiere de una manera modificada e inconciente como respuesta a la acción de la contratransferencia (parte de la cual se realiza en el hablar). Mientras tanto el analista hace conciente parte de los sentimientos que le inspira el paciente y piensa y razona acerca de procesos que llama transferencia, que han ocurrido antes de que pueda pensar en ellos, que continúan ocurriendo ya de una manera diferente a como los piensa, mientras está pensando en ellos. Este último proceso es a nuestro criterio confundido injustamente con la terapéutica psicoanalítica, pero es en realidad un emergente secundario, una racionalización del verdadero proceso subyacente. Aunque no interesa destacarlo aquí, cabe aclarar, sin embargo, que también suele ocurrir al mismo tiempo que el paciente tome conciencia espontáneamente de lo que está transfiriendo, y lo modifique a su vez en el “soñar” y el hablar.

Si dejamos de lado la “cura transferencial”, en la cual el paciente mejora o se alivia mediante la misma transferencia, el proceso psicoanalítico es siempre, inevitablemente, una mezcla de A, B y C. El grado de progreso obtenido es sobre todo directamente proporcional a la cantidad de A que contenga, ya que éste es el ideal terapéutico cuyo déficit se suple con C. A corresponde a las situaciones que se dan al comienzo de un análisis, cuando hay gran diferencia entre la “salud” del analista y del paciente. C corresponde al “medio-juego” del análisis, implica un esfuerzo mayor en el analista, puesto que implica un autoanálisis que obliga a éste a vencer sus resistencias. B corresponde a la paralización del análisis. Inevitablemente hay fluctuaciones continuas y mezclas dinámicas de estas tres posibilidades.

Si estamos de acuerdo con lo que transcribimos aquí, el analista cura con su contratransferencia “antes” que con su interpretación, y por lo tanto todo aquello que pueda hacer “evolucionar” esta contratransferencia es “el verdadero agente terapéutico”.

Dediquemos ahora unas líneas a la consideración de las otras formas del ejercicio médico. Cuando un clínico interpreta una radiografía de vesícula biliar, ¿en dónde termina esa interpretación? ¿En el diagnóstico de cálculos biliares? Pero esa litiasis, ¿cómo evolucionará? ¿Cuál es su pronóstico? ¿Es la causa de los cólicos que aquejan a la paciente? ¿Cómo responderá al tratamiento? Aunque la enferma y el médico lo deseen, ¿puede operarse? ¿Qué le pasa en el corazón? ¿Se “llevará bien” con el esposo?

¿Hará lo que el médico le indique? ¿Desea cobrar un seguro como resultado de su enfermedad? ¿Necesita trabajar muchas horas para evitar que se ejecute la hipoteca que grava su vivienda? Si la enferma se encuentra realizando un tratamiento psicoanalítico, ¿qué vería el analista en esta radiografía? ¿El producto de una identificación con la madre que falleció de un cáncer de vías biliares a la edad que ahora posee la paciente? ¿El producto de la reactivación de sus impulsos envidiosos coartados en su fin? Y en la misma radiografía, un médico avezado en el pensamiento psicoanalítico, aun sin psicoanalizar a la enferma, ¿no podría ver un resultado de la interioridad subjetiva de esta paciente? ¿No podría ver un trozo de su biografía que se expresa en la forma de esa placa radiográfica? ¿Qué convendrá hacer en este caso particular?

Difícil es saber en cada caso cuáles de estas preguntas son manejadas concientemente por el clínico y cuáles en forma inconciente, configurando su “ojo clínico” y su “arte médico”, pero su éxito o su fracaso dependen de la amplitud de su interpretación; por eso muchos médicos que parecen saber poca medicina se desempeñan con éxito ante una numerosa clientela. La interpretación forma también aquí, como en el caso del psicoanalista, la base del quehacer conciente con el enfermo.

En cuanto al quehacer inconciente del médico clínico o del cirujano podemos decir lo siguiente:

- 1) Se modifica, como en el caso del psicoanalista, por el ejercicio de la interpretación.
- 2) Se ejerce mediante el acto de contratransferir (en el sentido más amplio en que pueda ser considerado), como en el caso del psicoanalista.
- 3) A diferencia de lo que ocurre con el psicoanalista, este acto de contratransferir se realiza además mediante fantasías que son vehiculizadas por sustancias o agentes farmacológicos, quirúrgicos, fisioterápicos, o por el contacto físico de ambos cuerpos. *Es imprescindible tener en cuenta que la estructura del contacto o del agente, tanto como la “identidad” química de la sustancia empleada, configuran fantasías específicas diferentes que poseen un diferente y específico efecto inconciente.* Dicho en términos que aclararemos más adelante: aun la acción fisioterápica o farmacológica se halla constituida por un elemento estructural que posee una interioridad propia y peculiar. Esta fantasía o microcampo genético, constituido por ejemplo por la estructura de una sustancia como la aspirina, el ciclo perhidro-

pentano-fenantreno, o el opio¹⁰, experimenta una metamorfosis en contacto con la interioridad del enfermo; en el proceso de metabolización psicocorpórea de esa sustancia es transformada su fantasía *inherente*, consustancial. Por lo tanto y en principio, ese microcampo genético constituido por el medicamento o el tóxico, podría ser mutado mediante ese proceso que llamamos interpretación y que es precisamente la transformación de una fantasía.

Así como el cirujano se ve forzado a esterilizar sus instrumentos y no puede justificarse alegando que él no es bacteriólogo, con mayor razón aún el médico que no es psicoanalista se verá cada vez más forzado a comprender que él está “usando” inevitablemente la transferencia-contratransferencia y que deberá comprenderla mejor cada día.

4) A diferencia de lo que ocurre con el psicoanalista, la actuación terapéutica a través de medios materiales o ideales (derivados de la idea) que no se hallen limitados por la regla psicoanalítica de la abstinencia, tiende a perpetuar la repetición inmodificada de determinadas contratransferencias.

La razón por la cual ocurre esto plantea interesantes consideraciones. La moderna cibernética (IBM, 1967) nos introduce en la comprensión de fenómenos analógicos que permiten “simular” o reproducir en condiciones diferentes un fenómeno de manera tal que, manteniendo invariante la configuración de las relaciones matemáticas del mismo, cambian los factores cuantitativos materiales y energéticos de modo tal como para permitir que esa reproducción se realice con un espacio y en un tiempo diferentes que brindan la posibilidad de un manejo instrumental del fenómeno al cual deseamos lograr acceso. El matemático Wasserman (1961) expresa desde otro ángulo conceptos semejantes cuando, refiriéndose a la facultad de precognición, postula la existencia de la duplicación de campos correspondientes “simétricos” que permiten la reproducción de un suceso en una velocidad o en un tiempo diferentes. Freud (1950a [1887-1902]) menciona que el desplazamiento *experimental* de pequeñas cantidades constituye una característica de la labor cogitativa. Conceptos acerca de una disociación eidético-material, que expresé en trabajos anteriores (Chiozza, 1963a,

¹⁰ Este tema se desarrolla con mayor amplitud en los trabajos “La interioridad de los medicamentos” (Chiozza y colab., 1969b), “Opio” [I] (Chiozza y colab., 1969c) y “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática” (Chiozza, 1995o [1984]).

1970*n* [1968]), nos permiten comprender las cualidades “ideales” del campo transferencial, que mantiene invariante la estructura de los conflictos originales cambiando las magnitudes energéticas y materiales del fenómeno que se “repite” en la transferencia. En un trabajo realizado en colaboración (Cesio y colab., 1964*a*) se estudia esta misma cuestión en relación con la omnipotencia y la negación (manía) “normales” en la interpretación del proceso transferencial. En “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar” (Chiozza y colab., 1966*e*) abordamos la cuestión desde otro enfoque cuando, basándonos en lo postulado por Freud, expresamos que la regla de la abstinencia crea un campo favorable para la mutación de las fantasías inconcientes al disminuir el flujo anterógrado de los procesos de excitación.

Transformación de la “doble” interioridad médico-paciente

Como resultado de lo que hemos dicho hasta aquí, el quehacer con el enfermo, sea conciente o inconciente, puede ser estudiado como una reacción, relación o desarrollo de la “doble” interioridad médico-paciente. Vale decir que lo que llamamos “doble” interioridad funciona, se mueve o se desarrolla manifestándose en ese quehacer con el enfermo, tanto como puede, por ejemplo, manifestarse en un trastorno hepático.

El concepto de “interioridad” formulado por A. Portmann (1954) corresponde a una totalidad propia del ser vivo, la cual, aunque puede manifestarse en el espacio y en el tiempo, es por su esencia no-espacial y atemporal. Esta totalidad sólo puede ser a-prehendida por esa otra totalidad constituida por las vivencias subjetivas de nuestra propia vida como hombres. Como se trata precisamente de una totalidad que se deshace siempre un poco en su aprendizaje parcial, preferimos sustituir la palabra aprehender por la palabra con-prehender para referirnos al tipo de conocimiento que consideramos más adecuado en relación con ella. Como ejemplo diremos que el árbol de eucaliptus, que suponemos de “algún modo” y “ya” *presente* “en el lugar” y “en un tiempo” de la semilla de eucaliptus, constituye una manera de la interioridad de la semilla.

Podríamos, utilizando los conceptos del matemático Wasserman (1961), afirmar que la interioridad constituye en la semilla un campo genético. Desarrollando los conceptos de Portmann a la luz de las ideas de Racker (1960) y de Cesio (1963) acerca de la contratransferencia, podemos decir que la interioridad es una totalidad que sólo puede ser

comprendida por medio de la contratransferencia. Agregaremos además que lo que llamamos contratransferencia es un contratransferir, una *acción* en su mayor parte inconciente de una interioridad sobre otra, que con-forma el quehacer con el enfermo. Sabemos que la contratransferencia y la transferencia del médico son, desde un punto de vista dinámico, económico y estructural, una misma cosa que se llama de una u otra manera según se la considere en función del paciente o del propio pasado del médico. El acto de contratransferir, por lo tanto, puede ser descrito como la transferencia de una carga unida a una determinada representación inconciente del médico, hacia otra representación pre-conciente del mismo “*que corresponde*” a una *percepción sensorial que está ocurriendo en el presente*.

En la medida en que el acto compromete inevitablemente un afecto en un campo estructurado por una con-vivencia, nos gustaría desterrar la artificial división entre transferencia y contratransferencia y sustituirla por la expresión: *transformación o metamorfosis de la “doble” interioridad*, pero el hábito y la riqueza de su historia constituyen una poderosa razón para el respeto del término, y por eso continuamos usándolo.

La transformación o metamorfosis a la cual aludimos es un proceso, es una re-presentación más o menos modificada que *exige la confluencia de un acto perceptivo externo (conciente o inconciente) con un acto perceptivo interno*.

Cuando el acto perceptivo interno se hace conciente, estamos en presencia de un recuerdo (reactivación de una huella mnémica) cuyo modo de organización o abstracción abarca un campo *ininterrumpido* que comprende aquello que solemos llamar afecto y también aquello que solemos denominar imagen, idea o representación. Si se hace conciente la confluencia misma de las percepciones interna y externa, estaríamos en presencia de lo que denominamos *insight*.

Cuando la metamorfosis de la “doble” interioridad médico-paciente surge en la conciencia en su forma más “tenue”, configura lo que nos gustaría llamar “*ideograma oniroides primitivo*”, formando el “núcleo” de aquello que se denomina en psicoanálisis “interpretación”, y en la vida cotidiana, tanto como en la ciencia, una “ocurrencia” o, sencillamente, “una idea nueva”.

Debo aclarar por qué he colocado la palabra “doble” entre comillas. Cuando pensamos en el quehacer con el enfermo implícitamente nos referimos a lo que suele denominarse un acto médico; trazamos así un límite artificial dentro de un grupo más amplio de actos de con-vivencia que, sean o no rotulados como médicos, mejoran o empeoran, resuelven

o producen, aquello que denominamos enfermedad. Esto supone, como es obvio, el tener en cuenta que siempre, en todos los casos, se da un interjuego, o campo “múltiple” de interioridades, en ese quehacer con el enfermo. Desde otro punto de vista, esta multiplicidad puede suponer aun una íntima identidad de esencia que deshace el límite artificial que trazamos desde nuestra conciencia entre los individuos. Así lo han afirmado por ejemplo Jung (Rof Carballo, 1949) desde el campo de la psicología profunda con su concepto del inconciente colectivo, o, aplicando conceptos de la física teórica a la comprensión de la relación entre el yo subjetivo y la materia que lo compone, Erwin Schrödinger (1944), premio Nobel de física, reviviendo conceptos de la antigua filosofía hindú. Colocando el “doble” entre comillas, he preferido evitar el definirnos acerca de una única interioridad manifestándose en todos los individuos o las múltiples interioridades individuales siempre interactuantes en un complejísimo campo y en cada situación artificialmente separada de un ilimitado contexto. Por otro lado, el considerar las cosas “entre dos” como un diálogo, es afín a la estructura de nuestro pensamiento lógico tradicional y a la esencia “bi-corporal”¹¹ de la mayoría de nuestras experiencias sensoriales emanadas de la clínica. Pero, digámoslo una vez más, el uso de las comillas es un intento de mantener siempre presente en la conciencia que tal consideración “dual” de la experiencia es sólo una simplificación¹².

La aportación de Schrödinger (1944), quien intenta disolver la solución de continuidad entre las ciencias físico-químicas y las biológicas, nos permite además extender el concepto de interioridad enunciado por Portmann, en relación con los seres vivos, hacia las formas limítrofes como los virus, y las formas inorgánicas, moleculares, de los núcleos celulares o de las sustancias hormonales, enzimáticas o medicamentosas.

Resumiendo diremos: el quehacer con el enfermo constituye un *trabajo problemático* a través del cual se expresa la “doble” interioridad médico-paciente. El médico es al mismo tiempo paciente, y el paciente, médico. Los problemas surgidos de este trabajo son “pensamientos”, que siempre, en todos los casos, constituyen interpretaciones, sean mágicas, lógicas o

¹¹ Según una conocida formulación de Enrique Pichón-Rivière, el vínculo en la situación psicoanalítica es de naturaleza bicorporal y tripersonal.

¹² Aun en el terreno de la lógica formal, la consideración de una alternativa bivalente en la estructura del juicio, que se rige por el principio del tercero excluido (nótese la coincidencia terminológica con el psicoanálisis), ha cedido su paso a un pensamiento polivalente (Bulfinch, 1951).

arracionales. Estas interpretaciones son inseparables del agente o el modo terapéutico, cualquiera que éste sea, y ambos pueden ser considerados como la transformación de una fantasía que es la enfermedad en continua metamorfosis “dentro” de una estructura “invariante”. Enfermedad siempre compartida en mayor o menor medida en el quehacer con el enfermo que somos, o ante quien estamos siendo.

**COMENTARIO AL ARTÍCULO DE
JOEL ZAC ACERCA DE CÓMO SE
ORIGINAN LAS INTERPRETACIONES
EN EL ANALISTA**

(1972)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1972b) “Comentario al artículo de Joel Zac acerca de cómo se originan las interpretaciones en el analista”.

Ediciones en castellano

Revista de Psicoanálisis, t. XXIX, N° 2, APA, Buenos Aires, 1972, págs. 236-244.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Es un comentario del artículo “Cómo se originan las interpretaciones en el analista” de Joel Zac (1972), publicado en el mismo número de la *Revista de Psicoanálisis*.

El trabajo de Joel Zac enfoca un tema de importancia fundamental para la teoría de la técnica: el origen de las interpretaciones. Hace algunos años estudiamos ese tema con otros colegas y con especial dedicación (Cesio y colab., 1964*b*; Chiozza y colab., 1966*e*, 1966*b*; Chiozza, 1970*l* [1968], 1970*m* [1968]); por eso me resulta particularmente grata la oportunidad de volver sobre el mismo a través de la lectura y el comentario de este interesante artículo de Zac.

Dados los límites naturales de un comentario como el que nos ocupa, elegiré para efectuarlo dos problemas entre las numerosas cuestiones que pueda despertar un tema que está situado en el epicentro de la técnica.

La primera cuestión que deseo comentar atañe al uso del pensamiento racional mientras se origina o se construye la interpretación en el ámbito de la actividad clínica psicoanalítica¹³.

Procuremos comprender, a la luz de los conceptos freudianos, cómo se originan, en el analista, las interpretaciones.

¹³ Utilizaré, con este fin, la transcripción casi textual de algunos párrafos o conceptos vertidos en dos trabajos que fueron escritos en 1966 (Chiozza y colab., 1966*e*, 1966*b*). Luego del tiempo transcurrido, insistiría menos en el modelo económico (aunque lo considero útil) y subrayaría más (influido por el pensamiento de Lacan) el valor de la palabra por su función estructurante del orden social (y su cambio) en el ámbito individual. Insistiría también con más énfasis, a partir del estudio realizado por Cesio y colaboradores (1971), en el papel que desempeña la interpretación verbal como frustración del cumplimiento de deseos que la transferencia implica. Sin embargo estoy de acuerdo, en lo esencial, con el contenido de esos trabajos realizados en 1966. Para facilitar la lectura de este comentario omitiré las comillas y las continuas referencias al lugar de origen cuando se trate de los dos artículos mencionados.

Usando palabras de Freud podemos decir que para poder interpretar “debemos suspender nuestro *juicio* y prestar atención imparcialmente a cada cosa que aparezca” (Freud, 1909*b*), que el analista “no ha de tolerar en sí resistencia ninguna que aparte de su conciencia lo que ha percibido por medio de lo inconciente” (Freud, 1912*e*). El analista debe “orientar su inconciente hacia lo inconciente del paciente” (Freud, 1912*e*), ya que “el psiquismo inconciente del médico está capacitado para reconstruir, con los productos de lo inconciente que le son comunicados, este inconciente mismo que ha determinado las ocurrencias del sujeto” (Freud, 1912*e*, pág. 421).

La interpretación, o por lo menos aquello que podemos considerar su núcleo básico, surge en la conciencia del analista *mediante un mecanismo análogo al de la formación de los sueños*, y ante una condición de “regresión” creada por la regla de abstinencia, según la cual el analista no actúa y se limita a interpretar. Esta última condición ha sido conceptualizada por Freud (1916-1917 [1915-1917]), cuando afirma que el bloqueo de la acción imprime una dirección retrógrada a los procesos de excitación, reactivando de esta manera las huellas mnémicas asociativamente conectadas.

Integrando las afirmaciones de Freud acerca de la atención flotante, con los conceptos vertidos en “Lo inconsciente” (Freud, 1915*e*), “La represión” (Freud, 1915*d*) y “La dinámica de la transferencia” (Freud, 1912*b*), podemos afirmar que la interpretación surge en la conciencia del analista como un derivado asociativamente conectado con algunos elementos de su propio inconciente. Estos elementos, *reactivados* por su identificación con el paciente y similares a los que el paciente reprime, continúan reprimidos en el analista y desplazan su carga sobre el derivado que constituye la interpretación. Pero en virtud de la mayor permeabilidad de su aparato psíquico, o sea su menor grado de represión, el analista logra una representación más “cercana” a los elementos inconcientes reprimidos, que el derivado que constituye el contenido manifiesto en el material del paciente.

A este mecanismo alude Freud cuando expresa, refiriéndose al análisis de los sueños, que en algunos casos “en lugar del sujeto es el analizador el que a ellos asocia *bien definidas ocurrencias*” (Freud, 1916-1917 [1915-1917], pág. 201).

El derivado que penetra en la conciencia del analista como una “bien definida ocurrencia” constituye lo que hoy denominaríamos una ocurrencia contratransferencial (Racker, 1960), cuyas vinculaciones con el paciente permanecen todavía oscuras. Este derivado puede adquirir también la forma de una más acabada interpretación, en el sentido de poseer desde un principio características que nos llevan a sentir que el contenido que hemos expresado en palabras corresponde a lo latente del enfermo. Esta última

característica, sin embargo, puede ser vista como el emergente de una determinada posición contratransferencial (Racker, 1960) y en ese sentido esta variante no es ni más ni menos “objetiva” que la anterior.

Parecería más prudente afirmar que el derivado que surge en nuestra conciencia constituye el material o núcleo de la interpretación, pero no la interpretación misma. Ferenczi (citado por Fenichel, 1961, pág. 24) expresa que: “el médico debe examinar lógicamente el material proporcionado tanto por el paciente como por él mismo, y en sus relaciones y comunicaciones debe dejarse guiar *exclusivamente* por los resultados de este esfuerzo mental” (destacado por el autor).

Aunque no sé si Zac suscribiría totalmente esta formulación de Ferenczi, su pensamiento, cuando nos habla de la función yoica que caracteriza como “observador-crítico”, parece por momentos coincidir con la misma. Cito, por ejemplo, tres frases que pertenecen al apartado titulado “Sobre el origen de las interpretaciones”: “la interpretación es una explicación como cualquier otra explicación científica”, “el analista opera como un científico usuario del método científico”, “hay una fuente de conocimiento interpretativo que debe ser criticada”. Estoy de acuerdo en que el conocer que se logra a través del psicoanálisis participa de los caracteres de la ciencia. Estoy de acuerdo también con la descripción que hace Zac del yo “observador-crítico” y con las distintas funciones parciales que lo integran. Es decir, mantener el encuadre, observar y registrar la conducta del paciente y del analista, comprender y elaborar el material, producir interpretaciones que actúan sobre el paciente y testearlas posteriormente en sesión. Mi duda se centra en el grado que debe alcanzar esta actividad en el momento de la terapéutica psicoanalítica. Cabe dudar, en efecto, de que durante el origen y la formulación de la interpretación, en el momento en que se ejerce la actividad clínica, las cosas deban ocurrir de acuerdo con la postulación de Ferenczi. Aunque Zac no se pronuncia explícitamente sobre el particular, la lectura de su trabajo deja la impresión de que su pensamiento coincide con lo expresado por Ferenczi. El tema me ha parecido lo suficientemente interesante como para incluir aquí algunas reflexiones que nos permitirán continuar internándonos otro poco, llevados de la mano por Freud, en el proceso mediante el cual se originan las interpretaciones.

Tal como ocurre con el contenido manifiesto del sueño, en el material brindado por la atención flotante participan la elaboración primaria y la elaboración secundaria, combinadas en distinta proporción en cada caso. La primera, según lo expresa Freud: “No piensa, calcula ni juzga, se limita a transformar” (Freud, 1900a [1899], pág. 508). La segunda, equiparada por Freud con el pensamiento “despierto” o racional preconciente, opera de tal manera que “el sueño pierde su primitivo aspecto absurdo e incoherente y se

aproxima a la contextura de un suceso racional” (Freud, 1900a [1899], pág. 500). Mediante esta elaboración secundaria, “*la instancia psíquica que ejerce la censura* participa también regularmente en la formación de los sueños” (Freud, 1900a [1899], pág. 499). A esto podemos añadir que durante la formulación de la interpretación se cumple el mismo proceso; de manera que la intervención del pensamiento racional preconciente asegura la participación del proceso secundario en el emergente de la atención flotante.

Cuando construimos una interpretación a partir del material brindado por la atención flotante, que puede impresionarnos como incoherente y absurdo, tendemos, por impulsos de la resistencia, a someter *prematuramente* ese material a una elaboración secundaria *conciente*.

Freud expresa: “Una función intelectual que nos es inherente exige de todos aquellos objetos de nuestra percepción o nuestro pensamiento, de los que llega a apoderarse, un mínimo de unidad, de coherencia y de inteligibilidad, y no teme establecer relaciones inexactas cuando por circunstancias especiales no consigue aprehender las verdaderas” (Freud, 1912-1913, pág. 562). En *La interpretación de los sueños* dice: “la instancia psíquica que aspira a hacer comprensible el contenido manifiesto y lo somete con ese fin a una primera interpretación, a consecuencia de la cual *queda más dificultada que nunca su exacta inteligencia*, no es otra que nuestro *pensamiento normal*” (Freud, 1900a [1899], pág. 505).

La “exacta inteligencia” a la cual Freud alude se obtiene, según los cánones que nos transmite con respecto al análisis de los sueños, cuando la “abolición del rechazo intelectual” logra la afluencia de un número suficiente de derivados que, asociados entre sí, cobran un “sentido latente inteligible” que deshace la primera apariencia del contenido manifiesto.

Esta “exacta inteligencia”, *como es inevitable* dentro del inacabable “rétículo” de contenidos latentes, es una nueva representación sustitutiva de la cual *la resistencia participa* precisamente con esa elaboración secundaria que le brinda el pensamiento racional. Pero es importante tener en cuenta que Freud hace una distinción entre una *prematura* interpretación dictada por el pensamiento racional y esta “exacta inteligencia” que surge luego de una fase previa y *suficiente* de *abolición del rechazo intelectual conciente*.

Con esto llegamos al punto nodal de la cuestión planteada.

Podemos preguntarnos cuándo es prematura la intervención de nuestro pensamiento racional y cuándo es suficiente la fase previa de abolición del rechazo intelectual. Pero el problema fundamental surge cuando nos preguntamos si en ese “cobrar sentido inteligible”, según el cual adquiere coherencia el material mediante la intervención del pensamiento racional, es deseable o no que participe el pensamiento racional *conciente*.

Nuestra conclusión, expresada en 1966, insistía en que debemos mantener la “abolición del rechazo intelectual” todo el tiempo que sea posible, y *centrar nuestro esfuerzo en mantener en la conciencia los derivados que en ella van surgiendo*. Apoyándonos en la metapsicología postulada por Freud sospechábamos que el material cobra un sentido inteligible *desde nuestro preconciente* de una manera espontánea inevitable, y que este espontáneo sentido inteligible constituye ya casi totalmente la *formulación* de la interpretación.

Pensamos entonces que si la interpretación así surgida no logra, por obra de la contrarresistencia, atravesar la represión en un grado suficiente, la intervención de nuestro pensamiento lógico es incapaz de mejorar la situación y que esto último puede lograrse mediante la reinstalación de la atención flotante y el centrar nuestro esfuerzo en *conservar en la conciencia los derivados que en ella van surgiendo*, según la técnica descrita por Freud en la interpretación de los sueños. Encontramos en él un pensamiento semejante cuando afirma: “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 inconciente la dirección de la síntesis” (Freud, 1911e, pág. 412).

Así, desde este enfoque, la intervención del pensamiento racional conciente *durante la formulación de la interpretación*, en el sentido que postula Ferenczi cuando nos invita a *examinar lógicamente y con un esfuerzo mental* el material surgido de la atención flotante, se revela como una función que dificulta la “exacta inteligencia” que solicitaba Freud y constituye una expresión de la contrarresistencia inconciente.

Sostener que la intervención del pensamiento racional, mediante el esfuerzo de razonar de manera intencional y conciente, durante el proceso en que se gesta y se formula la interpretación en el tratamiento, es inconveniente, repugna, en primera instancia, a nuestro intelecto, y parece un planteo ilógico y absurdo. Repasemos, por lo tanto, los puntos que configuran la conclusión de la hipótesis expresada.

1. Cuando decimos que el preconciente del terapeuta se halla dotado de una especial permeabilidad que es producto de su formación psicoanalítica (Cesio, 1965b), afirmamos implícitamente que *esta formación lo dota también, a través de su entrenamiento práctico y de sus conocimientos teóricos, de una especial modalidad de censura preconciente, codeterminada, entre otros factores, por la regla de la abstinencia*.

2. Hay casos en que la censura o represión que obra a través del pensamiento racional preconciente es capaz de proporcionar, al emergente espontáneo de la atención flotante, aquel grado de coherencia suficiente para constituir una adecuada interpretación.

3. Esta capacidad del preconciente aumenta en la medida en que progresa adecuadamente la formación del analista, y proporciona las interpretaciones que consideramos mejor ubicadas en el punto de urgencia.

4. Aquellos defectos de formación que estructuran escotomas o modalidades neuróticas en el preconciente del analista, y que aparecen en el emergente de la atención flotante, se trasladan por lo general a la interpretación, a pesar de que se intente modificarlos mediante *el ejercicio de la reflexión conciente durante la formulación* de la misma.

5. Durante el transcurso de una sesión frecuentemente logramos cambiar de una manera adecuada el contenido o la forma de algunas interpretaciones inoperantes. Este cambio, que suele atribuirse a la acción de nuestra reflexión conciente, surge en la mayoría de los casos, cuando se realiza durante la misma sesión, como resultado de una nueva intervención de nuestro preconciente.

6. El pensamiento racional *conciente*, cuando adquiere la forma de un razonamiento lógico de carácter deductivo, por ejemplo, también puede intervenir en interpretaciones adecuadas y exitosas, pero no constituye sin embargo un elemento esencial *durante la formulación* de la interpretación, sino que por el contrario suele colocarse al servicio de una contrarresistencia excesiva. Puede entonces ser equiparado al proceso de la elaboración secundaria conciente de los sueños.

7. A partir de las consideraciones anteriores puede decirse que el análisis de la situación transferencial se halla a “mitad de camino” entre la comunicación de la ocurrencia contratransferencial y su elaboración conciente a través del pensamiento lógico.

El segundo punto que deseo comentar se refiere a la conceptualización que hace Zac acerca de lo que denomina “yo privado”.

Racker (1960, pág. 41), cuando se refiere al consejo de Freud de que el analista debe ser solamente “espejo”, expresa que este consejo fue dado en oposición a la costumbre de algunos analistas de aquella época del comienzo, de contar hechos de su propia vida a los analizandos. En este concepto encontramos una primera definición de lo que debe entenderse por la vida privada del analista. Estamos de acuerdo en que los recuerdos, las asociaciones, los sentimientos, los intereses que surgen en la mente del analista frente al material de un paciente, adquieren a veces una cualidad que los coloca dentro de lo que configura la intimidad de una persona, el mundo que se denomina privado porque habitualmente se priva a los demás del acceso a esta esfera del yo. Podemos ponernos de acuerdo también en que el encuadre dentro del cual debe transcurrir el proceso psicoanalítico amplía los límites de esta esfera privada del yo, y que, además, en determinadas condiciones, aquellas viven-

cias “privadas” que surgen en el analista durante su trabajo clínico, pueden perturbar el proceso. Freud sostenía que el análisis didáctico encontraba su finalidad en disminuir este peligro. Racker desarrolló la teoría de la técnica, y amplió el terreno del psicoanálisis clínico, al demostrar que la contratransferencia, aun en el caso de ser neurótica, también podía ser utilizada, mediante su inclusión en el campo observado, en beneficio del proceso.

Si bien comprendo, basándome en el concepto de “vida privada”, la diferencia que Zac establece entre el “yo privado” y el “yo irracional”, mi dificultad consiste en comprender la distinción que Zac parece postular en cuanto a la utilización técnica de las vivencias que pueden ser clasificadas en una u otra esfera. Su afirmación según la cual “estos factores personales –se refiere a un suceso privado del analista– pueden ser controlados pero no pueden ser ‘suprimidos’ como sería deseable” me parece discutible, no sólo porque podemos preguntarnos acerca del sentido que tiene desear lo imposible, sino porque un analista que, de acuerdo con lo que escribe Zac, intentara dejar fuera de la situación analítica los acontecimientos personales que son movilizados en el campo analítico, se encontraría limitado en su posibilidad de comprender todo un sector del desarrollo de la transferencia-contratransferencia. Recordemos a Freud (1916-1917 [1915-1917]) cuando dice: señálese un lugar con derecho de asilo en una ciudad y veremos lo que tarda en reunirse en él toda la gente maleante por ella dispersa. En este caso particular, y siguiendo su pensamiento, todo aquello que, a impulsos de la contrarresistencia, intente permanecer inconciente, quedará sustraído del análisis mediante el recurso de adquirir la forma de un derivado preconciente referido a la vida privada del analista. Creo que lo que venimos comentando es válido aun para el caso en que, como lo expresa Zac, “la atención que el analista presta a un material, por cierta presión del paciente (resonancia con el paciente), es, sin embargo, diferente a la atención que pueda prestar a un material por influencia de un suceso privado del mismo analista”.

Deseo aclarar más este planteo. Estoy de acuerdo en lo que podría llamarse falta de un “equilibrio objetivo” en la atención que el analista presta a un determinado material. Lo que me interesa subrayar no es solamente que este equilibrio configura un ideal en última instancia imposible, sino que precisamente los sucesos privados del analista, presentes o pretéritos, forman parte del órgano de que éste dispone para captar la realidad. Si se trata de un suceso privado que por su carácter de reciente y cualidades particulares puede perturbar el proceso (como podría haber llegado a suceder con la preocupación con la enfermedad de la hija en el ejemplo de Zac), configurando un escotoma en la percepción o un defecto en la atención del analista, la idea de que puede “suprimirse” el recuerdo de este suceso,

dejándolo fuera de la conciencia o de la situación analítica, no parece ser pertinente. O se trata de un suceso que por su naturaleza determina que el analista suspenda esa sesión, como es el caso, por ejemplo, constituido por la muerte de un familiar del terapeuta, o éste considera que el grado de compromiso libidinoso que le exige el suceso “privado” es compatible con la prosecución de su labor, y en esta última situación lo más conveniente parece ser no dejarlo fuera del comercio asociativo del analista ni excluirlo del campo de observación psicoanalítica. Alguien podría tal vez objetar esto diciendo: el hecho de que permanezca en la mente del analista, durante su trabajo, el recuerdo de un suceso privado, o el hecho de que aflore un interés determinado, no siempre es contratransferencia. Si estudiamos en función de la totalidad del campo el proceso mediante el cual se excitan (o permanecen excitadas) la representaciones preconcientes del analista, esta objeción no se mantiene. Así como admitimos que el material del paciente está co-determinado por su relación con el médico, debemos admitir que, en todos los casos, en cada uno de los conjuntos de representaciones del analista habrá algo en forma, contenido o secuencia, que corresponde a la influencia que recibe el paciente. El mismo ejemplo que Zac nos aporta nos muestra cómo los distintos derivados excitados en la conciencia del analista por la situación *in toto* confluyen por fin en la interpretación “explicativa” sin que durante el proceso de gestación se excluyera alguno. Un razonamiento análogo parece válido para los acontecimientos privados del analista que configuran situaciones menos agudas que la mencionada, entrando dentro del campo de los intereses o ideologías personales de cada analista. Si este último considera que la situación creada es incompatible con el desarrollo de su labor, puede suspender o no iniciar esta labor, pero si por el contrario considera su labor como viable, debe estar plenamente conciente de que sus intereses y su orientación ideológica intervendrán permanentemente en el campo, y su propósito ha de ser incluir este material en el proceso interno (igualmente “privado”) que realiza para construir la interpretación con los emergentes de la atención flotante, sin hacer en ese sentido distinción alguna entre este y cualquier otro tipo de derivado contratransferencial.

Dada la índole de este comentario he preferido utilizar el espacio disponible para plantear mis dudas y las reflexiones en las cuales se basan, dejando de lado los puntos de acuerdo, que son numerosos. Deseo finalizar agradeciendo a Zac y a la iniciativa de la *Revista de Psicoanálisis*, la oportunidad de realizar este intercambio de ideas acerca de un tema que no sólo es interesante sino también fundamental.

**CONOCIMIENTO Y ACTO EN
MEDICINA PSICOSOMÁTICA**

(1974 [1972])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1974a [1972]) “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I].

Ediciones en castellano

Eidon, Nº 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 25-42.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 103-116.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 197-215.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203.

Traducción al italiano

“Conoscenza e atto in medicina psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 161-179.

El texto de este trabajo fue presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP) en diciembre de 1972.

En esta edición incluimos un resumen del trabajo (Chiozza, 1973a [1972]) publicado en el *Periódico Informativo* del CIMP.

Junto con el contenido de “El problema psicosomático y la técnica psicoanalítica” (Chiozza, 1976d [1974]) – OC, t. VIII–, este artículo se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [II] (Chiozza, 1998u [1974-1976]).

La problemática del conocimiento médico y su relación con el acto

Intentaremos introducirnos, a partir de la metapsicología planteada por Freud, en la problemática del conocimiento médico y su relación con el acto médico. Empleamos en el título la expresión “medicina psicosomática” para subrayar nuestra intención de lograr una estructura conceptual que nos permita comprender en un mismo conjunto teórico aquellas formas de la medicina que, tanto sea por sus fines, cuanto por sus medios de acción, han sido consideradas como psíquicas o como somáticas.

Aclaremos esto mejor. No pretendemos, por supuesto, confundir la técnica quirúrgica con la técnica psicoanalítica, sino introducirnos en la tarea de encontrar y sistematizar teóricamente lo que ambas tienen de común. Encontramos el fundamento de una tarea semejante en la necesidad de crear un campo básico del conocimiento médico a partir del cual pueda sistematizarse una práctica clínica que no incurra en las contradicciones que son habituales cuando se trata de integrar, frente al problema de un enfermo particular, distintos procedimientos terapéuticos.

La contradicción a la cual hacemos referencia suele aparecer cuando los distintos procedimientos terapéuticos se presentan, desde un punto de vista teórico, como excluyentes entre sí, y al mismo tiempo una renuncia unilateral a alguno de ellos implica una grave responsabilidad.

Frente a una situación semejante, que podríamos representar con un enfermo que sufre una úlcera gastroduodenal sangrante, sucede que fracasa la llamada “integración psicosomática” y el enfermo o el médico opta por una terapéutica unilateral, o bien se realiza una pseudointegración teó-

rica dentro de la cual el enfermo, por ejemplo, se opera en un intervalo más o menos breve de su psicoterapia.

En este último caso se ha renunciado a la coherencia teórica para poder mantener en ejecución ambas formas de la terapéutica. Dos médicos diferentes comparten al enfermo. Presentemos brevemente a los dos profesionales del arte de curar.

El cirujano es un hombre en la plenitud de su carrera, posee suficiente edad como para haber comprobado repetidamente, en su experiencia clínica, que no hay enfermedades sino enfermos. Es lo suficientemente joven como para mantenerse curioso e interesado en cuanta novedad pueda añadirse a su saber. Tiene capacidad para aprender de la experiencia. Forma parte de su carácter una cierta predilección por “los hechos comprobados” y por todo tipo de terapéutica que pueda “hacerse” de una manera tangible y sustancial.

El psicoterapeuta es un psicoanalista que se encuentra también en la plenitud de su carrera, posee edad suficiente como para haber aprendido del fracaso, es lo suficientemente joven como para investigar en los fundamentos de su medicina. Forma parte de su carácter una cierta predilección por indagar en lo que se oculta detrás de las apariencias.

Ambos poseen una definida vocación médica, ambos conocen profundamente el arte y la ciencia de su medicina.

El cirujano conoce cuanto se ha publicado acerca de la etiopatogenia de la úlcera gastroduodenal en los textos y revistas de su especialidad, comprende lo que él denomina la participación emocional en la génesis y la evolución de la enfermedad.

El psicoanalista se ha formado en la escuela de medicina, sabe lo que es un vaso que sangra en el interior del tubo digestivo y cuáles son sus complicaciones, conoce la tesis de Garma (1954) acerca de la regresión oral-digestiva y la presencia de la imago de una madre mala que remuerde, en la estructura de esta dolencia. No es un erudito del psicoanálisis: es mucho menos y mucho más que un erudito; conoce profundamente, no sólo porque lo ha estudiado, sino también porque lo ha vivido, el proceso transferencial-contratransferencial. Ha visto algunas veces desaparecer, durante su tarea, y de un modo que siempre le sorprende, un trastorno que afectaba a la misma sustancia que constituye el cuerpo. Conoce de una manera vivencial la profunda raigambre corporal de las palabras.

Frente a una preocupación genuina por el futuro del enfermo que presenta una úlcera gastroduodenal sangrante, y frente a la conciencia de los imponderables que intervienen en la evolución de cada enfermo, admitimos en ambos colegas una amable y cortés tolerancia para con la actividad

del otro, o, mejor aún, admitimos en cada uno de ellos un íntimo respeto por la actividad del otro.

Sin embargo, aun en el mejor de los casos, sus relaciones científicas, en lo que a ese paciente se refiere, son superficiales. Cuando el enfermo, luego de ser operado y sin otra interrupción en su psicoterapia que el intervalo que corresponde entre sus sesiones, se reintegre a su vida habitual, ¿qué pensará cada médico?

El cirujano que ha realizado la gastrectomía o la vagotomía y ha cerrado la brecha a través de la cual ocurría la pérdida sanguínea pensará que ha curado al paciente. Su pensamiento corresponde en cierto modo a la fórmula: “Muerto el perro, se acabó la rabia”. No ignora la posibilidad de una nueva úlcera, pero esta eventualidad no siempre se produce, sobre todo si la gastrectomía es amplia o si se ha realizado una vagotomía. Pensará que la psicoterapia ha colaborado en el éxito, fuere porque el “apoyo psicológico” ha mantenido elevada “la moral” del paciente, fuere porque tal vez una intervención psicoterapéutica “suave” ha disminuido el estrés emocional, ya que a veces los barbitúricos o los reguladores neurovegetativos se muestran ineficaces para “sedar la parte cortical” sin provocar efectos inconvenientes.

El psicoanalista pensará que su paciente no se curó, que el episodio configuró un verdadero “brote” regresivo del cual su paciente emerge a través de una mutilación que exigirá futuros desenlaces, o que, de no ser así, permanecerá equilibrada a costa de una limitación en sus posibilidades de desarrollo psicosexual. Pensará también, sobre todo si la hemorragia fue grave, que el cirujano era un precio necesario que el paciente debía pagar para salvarse de la muerte. Pensará que gracias al psicoanálisis los daños no han sido mayores.

El cirujano piensa en la lesión y en la hemorragia como realidades cuya índole material y mecánica exige una técnica derivada del ejercicio de la mano. Admite con desgano la compleja etiopatogenia de la úlcera y sus complicaciones, cuya consideración introduce en el presente y el futuro de este enfermo, como persona, un sinnúmero de vicisitudes inciertas que forman parte del problema clínico.

El psicoanalista piensa en la enfermedad como la evidencia de un impulso autodestructivo entretejido con un motivo y un significado que implican la existencia de un sujeto humano. Este enfoque conduce a la necesidad de una técnica derivada del ejercicio de la palabra, cuya finalidad esencial se dirige a atemperar el impulso destructivo por obra de la interpretación de la transferencia, movilizándolo a la agresión al servicio de la vida, los deseos de amar, amarse y ser amado, interferidos por los sentimientos de culpa, las fantasías de castigo, la venganza y el odio cuya satisfacción se

antepone a la vida. Admite con desgano que la lesión y la hemorragia introducen una urgencia, un riesgo y una incertidumbre en cuanto al desenlace, que marcan un límite a su pretensión de una terapéutica “etiopatogénica” ideal, exenta de mutilaciones.

Pero si venciendo ese desgano de uno y otro médico por integrar en su teoría lo que admiten en la práctica, aceptamos desde el psicoanálisis que hay un lugar para la cirugía en la terapia, y también desde la cirugía, que hay un lugar para el psicoanálisis, ¿cuál es la fórmula teórica de la coparticipación? ¿Debe quedar esta fórmula librada al tanteo de la práctica? ¿Quién deberá ocuparse de la indicación terapéutica?: ¿el psicoanalista?, ¿el cirujano?, ¿un tercer médico que reemplace al antiguo médico de cabecera? De existir este último, ¿cuál debería ser la teoría que lo guíe al realizar esta coordinación de procedimientos terapéuticos?

Detengámonos en este punto. Mi intención no se dirige a criticar la posible vanidad del cirujano ni la del psicoanalista porque en su fuero interno se atribuyan la mejor parte de la medicina. Después de todo, frente al hombre que padece cualquier teoría resulta siempre un poco vana.

Mi intención consiste en subrayar la necesidad de un campo unificado de teoría, necesidad que ya hemos planteado en el comienzo. Desde hace años trabajamos en el intento de satisfacer esa necesidad (Chiozza, 1963a, 1970m [1968], 1970l [1968]); estamos todavía muy lejos de lograrlo y no resolveremos esta problemática en el transcurso de esta conferencia.

Hoy daremos un largo paso atrás. Intentaremos comenzar desde el principio y colocar el primer ladrillo en el propósito de introducirnos sistemáticamente, paso a paso, en la construcción de la teoría que necesitamos. Algunos aspectos de la metapsicología planteada por Freud nos brindarán la introducción buscada.

Necesidad, deseo, conocimiento y acto durante el ejercicio de la medicina

El acto médico nace frente a un tipo particular de necesidad concreta, que debe ser satisfecha mediante una modificación del llamado mundo exterior a través de una acción eficaz. Esta última presupone un conocimiento suficiente del mencionado mundo exterior.

El enfermo satisface su necesidad, o lo intenta, a través de la acción que lo pone en contacto con el médico. Admitamos que cuando se produce este contacto se reactiva en el médico la necesidad de curar. En el proceso que se inicia de este modo encontramos un intervalo más o menos largo

durante el cual esta necesidad no se satisface. La frustración de esta necesidad engendra el deseo de curar.

Basta aplicar aquí el esquema metapsicológico freudiano para comprender que este deseo debe descargarse a través de la búsqueda de una identidad secundaria. En el caso del proceso psicoanalítico es necesario tener en cuenta que la atención flotante, que presupone el abandono de la meta final conciente durante el proceso del pensamiento, implica una segunda postergación de la descarga del deseo.

En la necesidad de esta segunda demora encontramos el significado del consejo técnico señalado por Freud (1912*e*) y por Bion (1967) acerca de la necesidad de librarse del deseo, incluido el deseo de curar, durante el proceso psicoanalítico. Desde que sin la presencia de este deseo el acto médico y el mismo desarrollo de la medicina como actividad conciente resultarían incomprensibles, no debe tratarse este problema en los términos de una ausencia del deseo, sino que lo esencial consiste en la manera en que este deseo se estructura en ese contexto.

La acción eficaz que se halla implícita en el acto médico eficaz implica a su vez el logro de una identidad secundaria, y este logro se realiza mediante el concurso del conocimiento médico como producto del aprendizaje por la experiencia. Establecer este conocimiento médico constituye entonces una finalidad que deriva de la necesidad de curar que describimos anteriormente. El logro del conocimiento médico configura ahora la nueva necesidad que debe ser satisfecha a través de una acción eficaz, el acto de investigación. Este acto a veces coincide, en cuanto a los modos de acción, con el acto médico.

Las fuentes “externa” e “interna” del conocimiento médico

Pasemos a tratar de comprender, en los términos de metapsicología que venimos empleando, de qué manera se estructura el conocimiento médico en general, como núcleo común a partir del cual se desarrollarán luego las distintas formas de la terapéutica.

Aquello que en un sentido bien delimitado denominamos conocimiento puede ser considerado como un conjunto de representaciones que pertenecen al sistema de la conciencia y que constituyen una organización que ha manifestado su capacidad de codeterminar una acción eficaz.

A lo largo de muchísimos años el conocimiento médico ha sido organizado en la conciencia, de una manera científica, como un cuerpo de representaciones que provienen de nuestra percepción a través de los ór-

ganos de los sentidos y sus prolongaciones instrumentales. Eso no es sólo válido para la auscultación del pulmón o la lectura del electrocardiograma. Conocimiento médico científico ha sido sinónimo de conocimiento objetivo, y conocimiento objetivo, aun en psicoanálisis, ha quedado muchas veces referido, explícita o implícitamente, al *material* del paciente, captado a través de los órganos de los sentidos.

Sin embargo el psicoanálisis ha logrado conceptualizar, ya desde sus comienzos en la obra de Freud y mejor aún a través de las ideas actuales acerca de la contratransferencia (Racker, 1960; Cesio, 1970a), la utilización de los datos que provienen de la comunicación inconciente y que impresionan desde “adentro” al psiquismo del médico.

El campo de la transferencia-contratransferencia constituye un campo de con-vivencia que brinda un riquísimo trasfondo, constituido por la percepción de lo que ha llegado a través de lo inconciente, a los fenómenos materiales que impresionan a los sentidos del médico.

Es precisamente este trasfondo el que, a la manera de un claroscuro, otorga a los detalles más insignificantes que provienen de la percepción sensorial, un significado brillante (Chiozza, 1971a). Vale la pena subrayarlo. Ante todo, porque encontramos aquí la esencia de lo que es el psicoanálisis. Luego, porque el significado que atrae nuestros intereses es precisamente el producto de la contemplación de lo percibido por los sentidos a la luz de lo que ha llegado a través de lo inconciente¹⁴.

La disociación psicósomática

A lo largo de muchos años, el material verbal del paciente, sus gestos, sus actitudes, su conducta y sus síntomas han sido estudiados en el contexto de la situación analítica y aun fuera de ella, en búsqueda de las fantasías inconcientes de las cuales derivan. Nada ha escapado en teoría al anteojo de Freud. Sin embargo, el ejercicio de la medicina se ha separado en dos campos.

Esta separación se fundamenta en una grieta profunda que puede ser descrita de dos maneras distintas. Se puede decir, como se hace habitualmente, que unos médicos exploran al hombre en búsqueda de los trastornos del cuerpo que afectan al cuerpo y al alma, y que otros médicos exploran

¹⁴ Son útiles a este respecto los nuevos desarrollos surgidos del estudio de las funciones de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo y de su interrelación. Véanse, por ejemplo, Kimura (1973, págs. 145-153) o los comentarios sobre este tópico de Watzlawick (1977).

al hombre en búsqueda de los trastornos del alma que afectan al alma y al cuerpo. En esta descripción se establece la premisa discutible de que hay trastornos del alma y hay trastornos del cuerpo.

Pero también se puede decir que siendo los trastornos en todos los casos y a un mismo tiempo del cuerpo y del alma, la visión del cuerpo nos oculta el alma y la visión del alma nos oculta el cuerpo (Weizsaecker, 1940).

Creo que la separación en cuerpo y alma es un artefacto que debe ser atribuido al modo de percepción de nuestra conciencia. Volvemos sobre lo que hemos escrito en “La interioridad de lo inconciente” (Chiozza, 1971b):

Cuando Freud enfatizó la legitimidad de sostener la naturaleza psíquica de lo inconciente, su intención recaía, sin lugar a dudas, en la necesidad de deshacer una discontinuidad que provenía de la identificación unilateral de lo inconciente con lo somático. Veamos por ejemplo lo que ha escrito en el historial de Dora: “Habrá de extrañar especialmente mi resuelta actitud en la cuestión de lo inconciente, actitud que me lleva a operar con los impulsos, ideas y representaciones inconcientes cual si fuesen objeto tan indudable de la psicología como todo lo conciente... [tal] reproche transfiere injustificadamente a la teoría un carácter de la técnica. Sólo la técnica terapéutica es puramente psicológica” (Freud, 1905e [1901, pág. 653).

Si las nociones de materia e historia, que forman parte de los modos de captación del cuerpo y de la mente, derivan de las nociones de espacio y de tiempo emanadas del funcionamiento de nuestro sistema conciente, cabe afirmar que el inconciente configura un diferente ser de la existencia. Este ser es capaz de manifestarse a la conciencia como acontecimientos somáticos o psíquicos, pero las fantasías inconcientes no pueden categorizarse, en sí mismas, como un fenómeno psíquico, somático o psicossomático.

¿Qué entendía Freud entonces por la naturaleza psíquica de lo inconciente? O, lo que es lo mismo, ¿qué quería significar cuando afirmaba que lo psíquico no se limita a la conciencia? Su intención recaía en señalar que distintas representaciones que permanecían desvinculadas en la conciencia, demostraban su pertenencia a una misma serie psíquica a través de la recuperación de eslabones inconcientes.

De este modo, por su posición dentro de una serie psicológica y por la intención a la que el proceso considerado sirve, define Freud (1933a [1932]) en sus *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*, el término “sentido psicológico”. Más tarde, en su *Esquema del psicoanálisis* (Freud, 1940a [1938]), retoma esta cuestión, afirmando que constituye la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis.

Los procesos concientes, dice Freud, “no forman series cerradas y completas en sí mismas, de modo que sólo cabe la alternativa de admitir que existen procesos físicos o somáticos concomitantes de lo psíquico, siendo evidente que forman series más completas que las psíquicas, pues sólo algunas, pero no todas, tienen procesos paralelos concientes. Nada más natural, pues, que poner el acento, en psicología, sobre esos procesos somáticos, reconocerlos como lo esencialmente psíquico, tratar de establecer otra categoría para los procesos concientes” (Freud, 1940a [1938], pág. 1021).

Cuando decimos entonces, siguiendo a Weizsaecker (1946-1947), que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal, no presuponemos que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático está dotada de ese sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico posee un aspecto corporal.

Por eso afirmamos que la progresión de la bilis a través del colédoco *es* al mismo tiempo y desde otro punto de vista una fantasía inconciente específica (Chiozza, 1963a), compuesta por un afecto, una idea, un mecanismo, una intención igualmente específicos, para cuya denominación usamos la palabra “envidia” por ser la más adecuada a su sentido.

Inversamente, la envidia como significado, como sentimiento, como impulso y como actividad del yo, posee un aspecto o coexistencia corporal que, entre todas aquellas representaciones que constituyen el conocimiento del cuerpo en nuestra conciencia, parece corresponder más acabadamente con aquellas que configuran el conjunto que denominamos proceso biliar.

La zona erógena como fundamento de una relación específica entre psiquis y soma

El conjunto de las representaciones que constituyen el conocimiento médico se refiere a una realidad “anatómica”. Esa realidad “anatómica”, o somática, ingresa a la conciencia a través de dos puertas diferentes: una es la percepción de lo percibido por los órganos de los sentidos (que da lugar al conocimiento “médico”), la otra es la percepción “interna” de la serie displacer-placer. Freud considera que la fuente de lo que penetra en la conciencia a través de estas dos puertas es una realidad material.

El sistema conciente-preconciente organiza distintas clases de representaciones con estos dos productos de la percepción. La realidad psíquica (que puede a su vez ser percibida por la conciencia) puede ser clasificada en dos grupos de representaciones:

- 1) los derivados preconcientes de las representaciones de impulsos instintivos y de las representaciones objetivas inconcientes íntimamente vinculadas a las sensaciones de la serie *displacer-placer*;
- 2) los derivados preconcientes de la percepción de lo percibido por los órganos de los sentidos.

Las zonas erógenas, tal como las ha postulado Freud, puesto que constituyen una realidad material conocida mediante esta doble vía de acceso a la conciencia, poseen derivados en cada uno de estos dos grupos de representaciones.

“Boca”, por ejemplo, es una palabra que denomina una realidad percibida mediante la vista, el tacto o el gusto; pero esta realidad es al mismo tiempo fuente de fantasías específicas que denominamos “orales” porque aceptamos que están cualitativamente diferenciadas del resto de las fantasías inconcientes.

Conviene tener presente que ambos derivados, el que recibe el nombre de “boca” y el que recibe el nombre de “fantasías orales”, no se establecen sin embargo en la conciencia aislados entre sí, sino que por el contrario se organizan entreteljidos en un mismo retículo, la mayor parte del cual es inconciente.

Cuando Freud postuló el concepto de zona erógena afirmó:

- 1) que pueden funcionar como zonas erógenas todos y cada uno de los órganos (Freud, 1905*d*);
- 2) que todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual (Freud, 1924*c*);
- 3) que del examen de los fines del instinto pueden ser deducidas las distintas fuentes somáticas que le han dado origen (Freud, 1915*c*).

Estaba postulando entonces, implícitamente, la existencia de un tipo particular de correspondencia entre los elementos que derivan de los dos grupos de representaciones dentro de los cuales se organiza el conocimiento de lo que denominamos “zona erógena” y, en otras palabras, “todos y cada uno de los órganos” (Freud, 1905*d*, pág. 818).

Según esta correspondencia (sancionada ya en el uso de una misma palabra “oral” para la evocación tanto de uno como de otro grupo de derivados), el derivado de la percepción “externa” del cuerpo que adquiere en nuestra conciencia el nombre de “boca” corresponde específicamente a un

derivado de la fantasía inconciente que adquiere en nuestra conciencia el nombre de “fantasías orales”.

Más aún, la postulación de Freud implica que se trata de una misma realidad “material”, la cual como objeto “externo” y como fuente somática “interna” llega a la conciencia a través de dos vías de acceso distintas.

El concepto de fantasías específicas

El concepto de fantasías específicas, que utilizamos desde el comienzo de nuestras investigaciones (Chiozza, 1963a), constituye la elaboración de esta postulación freudiana integrada con una modalidad de abordaje clínico y epistemológico que se desprende de la obra de Weizsaecker.

Dado el conjunto de representaciones derivadas de la percepción externa que integran nuestro conocimiento de aquella realidad material que denominamos cuerpo (incluyendo en este conjunto forma, función, desarrollo y trastorno), cada parte artificialmente segregada de este conjunto de representaciones corresponde a un “trozo” particular de esa realidad material.

Este “trozo” particular (cuyo “recorte” conceptual proviene de ese mismo acto de separación artificial que hemos realizado en el conjunto de representaciones que integran nuestro conocimiento del cuerpo) es también una parte determinada del conjunto de lo inconciente (dotado de un sentido, una finalidad, un significado que es propio y específico para cada “trozo” considerado).

Cada “trozo” de esta realidad corporal material, en cuanto forma una parte de lo inconciente y posee un sentido, es también una fantasía, inconciente y específica, y como tal constituye la fuente inconciente de una parte determinada del conjunto de derivados o representaciones que integran nuestra conciencia.

Nuestro conocimiento conciente de “una” fantasía inconciente particular constituye también la separación artificial de una parte dentro del conjunto de representaciones que integran nuestro conocimiento de aquello que denominamos psiquis.

De este modo el círculo se cierra. Cada una de estas partes de lo psíquico en nuestra conciencia (con sus raíces inconcientes) posee una coexistencia corporal que “corresponde” a un “trozo” particular de la realidad material y, por lo tanto, a una parte específica dentro del conjunto de representaciones que configuran nuestro conocimiento de aquello que denominamos cuerpo.

A través de la expresión “separación artificial”, que hemos usado reiteradamente, intentamos referirnos al proceso arbitrario mediante el cual nuestra atención “recorta” una parte del todo que forma una estructura fun-

cionante indivisible. Del mismo modo procede la fisiología médica cuando estudia una función.

Así como los griegos denominaban átomos a las imaginarias unidades elementales de materia, utilizamos el término “fantasía inconciente” para referirnos a la “naturaleza psíquica” de configuraciones funcionantes inconcientes arbitrariamente separadas del todo. Son igualmente elementales en cuanto pueden concebirse como “unidades susceptibles de combinación” en un mosaico más o menos complejo.

Sin embargo, ya que es la atención la que recorta o separa, dentro de una totalidad funcionante y estructurada, las distintas fantasías específicas, estas “unidades elementales” sólo en cierta medida son arbitrarias. Si “la mano” de nuestra conciencia “recorta figuras” en “la tela” de nuestro psiquismo inconciente cuando lo percibe, podemos suponer que el dibujo posible de tales figuras depende tanto de aquello que determina el movimiento de “la mano” cuanto de las “diferentes resistencias al corte” que presenta la tela en las distintas direcciones de la trama.

Completa este esquema el tener en cuenta que el círculo se cierra: en aquello que determina el movimiento de “la mano conciente” participa nuevamente la textura de “la tela inconciente”.

Conocimiento “objetivo” y conocimiento “subjetivo”

Los distintos *sistemas* derivados de la percepción que la medicina ha elaborado para guiar su acción sobre la enfermedad del hombre (entre los cuales se cuenta el psicoanálisis) pueden agruparse en dos series de representaciones según cuál sea su vía de acceso a la conciencia. Ya hemos visto sin embargo que estas dos vías de acceso, la “externa” que proviene de los órganos de los sentidos, y la “interna” que proviene de las sensaciones de la serie *displacer-placer* unidas a las representaciones inconcientes, corresponden, en el caso de que el objeto del conocimiento sea el hombre, a un mismo existente.

Los derivados que provienen de la percepción por los sentidos se organizan mediante el pensamiento en un conjunto de representaciones que se refieren al objeto “externo” de la realidad material que denominamos cuerpo.

Los derivados que provienen de la percepción de las sensaciones de la serie *displacer-placer* se organizan como un conjunto de representaciones que constituyen los afectos, y las ideas y pensamientos con ellos ligados, para configurar un objeto de la percepción “interna”, la realidad psíquica, dotada de un sentido o tendencia, es decir de un significado.

Un subconjunto de estas representaciones de la realidad psíquica se ubica *mediante el pensamiento* como percepción “interna” de aquello que denominamos cuerpo.

Del mismo modo, y mediante un análogo proceso conceptual “automatizado”, un subconjunto de representaciones que derivan de la percepción “externa” quedan “ubicadas” como la realidad psíquica “del otro”.

La conciencia percibe de manera indirecta (conceptual), a través de procesos de pensamiento (generalmente inconcientes), la psiquis “del otro” que proviene “del afuera” y aquella parte del cuerpo propio que proviene “del adentro”. Si bien es cierto que podemos percibir mediante los órganos de los sentidos una parte de nuestro cuerpo, como un objeto que ingresa “desde afuera” a la conciencia, el reconocimiento de ese, nuestro cuerpo, como propio, queda ligado desde el primer momento a la percepción “interna”.

Dos sistemas complementarios de conceptualización del conocimiento médico

Dijimos que el conocimiento médico acumulado en los libros como producto científico de la experiencia clínica tradicional se halla constituido por un conjunto de representaciones que provienen de los órganos de los sentidos (y de sus prolongaciones instrumentales) y de procesos mentales con ellas realizados.

Este conocimiento (como resultado de lo que hemos afirmado acerca de que los derivados de uno y otro grupo de representaciones no sólo poseen una correspondencia específica entre sí sino que se organizan en la conciencia entretejidos en un mismo retículo) puede ser estudiado (como sucede en el caso de los mitos) como representación de las fantasías inconcientes que constituyen la subjetividad específica de cada enfermedad, su significado inconciente. Las fantasías específicas así descubiertas adquieren entonces, tal como lo hemos demostrado en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), el inestimable valor de los símbolos universales.

Un electrocardiograma no sólo contiene el registro material de una transformación no verbal de una fantasía que palpita su afecto, sino que además (dado que constituye una representación de la fantasía inconciente) configura en la mente del médico (como individuo o como *abstractus* universal) un derivado contratransferencial específico. En otras palabras, un electrocardiograma, además de la función que habitualmente le asigna-

mos, contiene el registro de un “gesto” inconciente que el médico inconcientemente interpreta, busca o provoca¹⁵.

Inversamente, el estudio de los derivados preconcientes que provienen de la percepción “interior” de la realidad psíquica puede brindarnos acceso al conocimiento de la realidad material de los procesos fisiológicos. El ejemplo mejor lo encontramos en el hecho de que la descripción que Freud (1950a [1895]*) realizara en su “Proyecto de psicología”, acerca de las barreras de contacto, precedió en dos años al descubrimiento realizado por Sherrington sobre la sinapsis neuronal mediante sus experimentos de neurofisiología¹⁶.

Establezcamos como conclusión que una y otra fuente del conocimiento médico lejos de excluirse se complementan, dado que constituyen dos vías de acceso a una misma realidad. Queda entonces implícito que cualquiera sea la forma que el acto médico adquiera, las posibilidades de la acción eficaz aumentarán si se aprovechan ambas fuentes del conocimiento y su “doble” interpretación.

No cabe duda de que en lo que se refiere al acto de investigación esta doble fuente no debe ser desaprovechada. Además de los procesos habituales de investigación, tanto de la fisiología como del psicoanálisis, el conocimiento de lo que denominamos cuerpo enriquecerá el conocimiento de lo psíquico, y el conocimiento de lo que denominamos psiquis enriquecerá el conocimiento de lo corporal.

Hacia una teoría general unificada de los actos médicos

¿De qué manera podremos trazar ahora las coordenadas de una teoría unificada acerca del acto médico? Dicho en otras palabras, ¿qué es lo que tienen todos los actos médicos en común? ¿Cómo podremos, a partir de la comprensión de ese núcleo común, categorizar posteriormente nuevas diferencias entre las formas terapéuticas?

Cerraremos este intento, que recién hemos comenzado, con un esbozo que constituye apenas una introducción a la problemática planteada.

¹⁵ No puedo resistir la tentación de incluir aquí el comentario irónico que, de este párrafo, publicó un colega italiano: “¡Y yo que creía que se trataba del registro de potenciales eléctricos!”.

¹⁶ Nuestro trabajo sobre el opio (Chiozza y colab., 1969c) constituye otro ejemplo, ya que allí, seis años antes de que se produjera el descubrimiento de las endorfinas, sospechamos que el opio tal vez fuera opoterápico, es decir, que tal vez reemplazara sustancias que normalmente segrega el organismo.

Recordemos a Freud cuando decía: “Sólo la técnica terapéutica es psicológica...” (Freud, 1905e [1901], pág. 653). Volvamos ahora a nuestro cirujano del comienzo. Él podría argumentarnos si tuviera una cierta inclinación polémica: “Sólo mi técnica quirúrgica es corporal”. ¿Podemos acaso desmentirlo? ¿No hemos acaso admitido que la transformación de los procesos corporales implica necesariamente la transformación de la fantasía inconciente?

En “La interioridad de los medicamentos” (Chiozza y colab., 1969b) planteamos esta misma cuestión para el caso de la farmacoterapia. Dijimos también allí que lo que caracteriza a la terapéutica psicoanalítica es la creación siempre renovada de un “medicamento” a la medida de cada situación particular.

Es importante subrayar que cuando pensamos en la medicina como acto que se realiza en la práctica, debemos tener en cuenta que este acto queda siempre condicionado por el conocimiento médico y, sobre todo, por el tipo de pensamiento que el médico utiliza de manera explícita o implícita.

El acto médico como concepto general, que abarca tanto lo que conocemos con el nombre de cirugía como aquello que conocemos con el nombre de psicoanálisis, constituye el generador de una transformación cuya finalidad se dirige hacia el satisfacer una necesidad. De acuerdo con los desarrollos que hemos expuesto, sea cual fuere la forma que adopte la terapéutica, esta transformación implica siempre una transformación de aquello que denominamos cuerpo tanto como una transformación de aquello que denominamos psiquis. Estudiar desde los distintos ámbitos de la percepción la transformación ocurrida mediante la terapéutica, constituye un paso importante en la tarea de sistematizar la coparticipación de los procedimientos terapéuticos.

La medicina, considerada como el conjunto de todos los actos médicos realizables, trasciende los límites del psicoanálisis así como trasciende los límites de la fisiología, de la cirugía o del arte y la ciencia médica tradicionales en su conjunto. La medicina del futuro continuará seguramente trascendiendo esos límites provenientes de los distintos aspectos parciales. Sin embargo, podemos suponer que los procedimientos terapéuticos que configuran los distintos actos médicos, sean psicoanalíticos, quirúrgicos o de cualquier otra índole, se modificarán recíprocamente, y se reorganizarán según otros modos de clasificación, en la medida en que una teoría unificada acerca del acto de investigación permita utilizar con mayor amplitud los conocimientos emanados de los dos modos de percepción de la conciencia.

Resumen

Periódico Informativo, año 6, N° 1, CIMP, Buenos Aires, 1973, págs. 42-43.

En esta conferencia se abordó el tema “conocimiento y acto en medicina psicosomática” a partir de la metapsicología planteada por Freud. Desde este punto de vista, el acto médico, considerado como una acción eficaz y específica, presupone la existencia de un conocimiento adecuado.

Se plantea entonces el trazado de un esquema conceptual teórico que abarque todas las formas del ejercicio médico, y dentro del cual puede progresarse desde lo general hacia lo particular propio de cada una de las formas terapéuticas.

Enfocando desde el punto de vista metapsicológico el conjunto de representaciones que denominamos conocimiento médico, éste puede ser considerado como un existente que pertenece al sistema conciente-preconciente de un ser humano, el médico, frente a la problemática del enfermo.

Este conjunto de representaciones pasa luego a ser estudiado como un conjunto de derivados que penetran en el sistema de la conciencia a partir de dos ámbitos conceptualmente diferenciados. El ámbito de la percepción sensorial y el ámbito constituido por la fuente de los impulsos instintivos asociados a la serie displacer-placer.

El íntimo entretejido que en series de complejidad creciente se estructura en la conciencia a partir de estos dos ámbitos de la percepción, el “externo” y el “interno”, configura cuanto (a la manera de un “inventario”) podemos hallar en el sistema conciente-preconciente.

Se estudia la relación existente entre el conocimiento médico tradicional y el conocimiento psicoanalítico a partir del concepto de zona erógena. Esta última es una realidad que penetra en la conciencia a través de esos dos ámbitos de la percepción. Precisamente ese reconocimiento implícito de que ambas fuentes del conocimiento constituyen dos vías de acceso diferentes a una misma realidad esencial, configurada en cada caso como zona erógena particular, constituye la base teórica del concepto de fantasías específicas. Se trata, en otras palabras, de la relación específica que surge entre los dos modos de organización del conocimiento

como consecuencia de que ambos representan en la conciencia a una misma realidad, la zona erógena como parte del cuerpo y como fuente somática de las fantasías inconcientes.

Este concepto de fantasías específicas pasa de este modo a constituir el fundamento teórico de la llamada integración psicosomática.

**EL PROBLEMA PSICOSOMÁTICO Y
LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA**

(1976 [1974])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1976d [1974]) “El problema psicossomático y la técnica psicoanalítica”.

Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 23-28.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 43-51.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 33-39.

Traducción al italiano

“Il problema psicossomatico e la tecnica psicoanalitica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 56-63.

Este artículo es una versión reducida y modificada de la “Nota editorial” de *Eidon*, N° 2 (Chiozza, 1974d).

Junto con “Conocimiento y acto en medicina psicossomática” [I] (Chiozza, 1974a [1972]) –OC, t. VIII–, el contenido de este texto se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicossomática” [II] (Chiozza, 1998u [1974-1976]).

Mano y palabra

Basta recorrer las páginas de la excelente *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática* realizada por Laín Entralgo (1950a), para comprender que la palabra “psicosomática” encuentra su mejor sentido en designar a una orientación de la medicina que se caracteriza por incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico la consideración de las emociones inconcientes que contribuyen a que cada paciente configure una persona enferma en una situación particular siempre diferente.

Vistas las cosas de este modo, según el cual es imposible afirmar que hay enfermedades psicosomáticas y otras que no lo son, la medicina y la patología psicosomática enfrentan, en la práctica y en la teoría, el problema de la integración coherente de los distintos procedimientos médicos con los descubrimientos y procedimientos propios del psicoanálisis.

Esta integración, lejos de ser un preciosismo teórico, *surge como una necesidad ineludible frente a la comprobación de los efectos que la técnica de una de estas medicinas produce en los fenómenos que constituyen el campo de observación de la otra.*

Vale la pena meditar acerca de las razones que determinan una dificultad tan tenaz como la que siempre se ha presentado en cuanto al logro de esta integración.

Los límites del encuadre en el cual transcurre la terapéutica psicoanalítica han sido señalados como una barrera que se opone al intento de integración de dicha terapéutica con aquellos procedimientos médicos que implican necesariamente la transgresión de ese encuadre. Esta oposición forma parte del fenómeno que necesitamos comprender. Cabe preguntarse

sin embargo si es posible atribuir a este motivo las razones de una dificultad tan general como la que, más allá de la terapéutica, abarca el campo entero, teórico y práctico, de la medicina psicosomática.

Resulta un lugar común afirmar que el hombre se diferencia del conjunto de los seres vivos gracias al ejercicio de la palabra. Es en cambio mucho menos frecuente el saber que para establecer la enorme distancia que separa al hombre del animal, el ejercicio de la mano no es menos importante que el ejercicio de la palabra. Gracias a la oposición del pulgar, la mano, al inaugurar a un mismo tiempo que la herramienta como instrumento, el mundo de lo construido mediante el artificio, brinda un acceso tan importante a la cultura como aquel constituido por el reino de la palabra. La técnica que agiganta el poder del hombre sobre la naturaleza y que, a través del pensamiento, es hija de la palabra, no es menos hija de la mano, que mediante su ejercicio inauguró el hacer instrumental.

Está lejos por lo tanto de ser una coincidencia casual que el problema central de la medicina psicosomática consista en encontrar una fórmula de integración entre las técnicas, terapéuticas o de investigación, que derivan del ejercicio de la mano y aquellas otras que derivan del ejercicio de la palabra.

La mano, aunque movida por la idea, hace y explora en la materia. De este modo, haciendo en la materia, puede también cambiar un sentimiento y una idea, como lo hace una caricia. La palabra, hablada o escrita, oída o leída, aunque se presenta siempre como un existente material, provoca el cambio o la emergencia del afecto y de la idea. La ofensa y el consuelo, que pueden derrumbar o sostener a un ser humano, demuestran la capacidad que posee la palabra para modificar la estructura material de los órganos.

Tanto el psicoanalista que reduce al mínimo de un apretón de manos todo contacto físico con su paciente, como el cirujano que procura abstraerse de cuanta coparticipación emocional en la vida del enfermo pueda hacer vacilar la mano que empuña el instrumento, conocen de manera directa la existencia de un dualismo radical entre la mano y la palabra. Sin embargo, mano y palabra implican una estructura constitutiva. Su oposición y mutua influencia van más allá de las necesidades técnicas, no solamente surgen de la técnica, sino que la determinan.

Una vez que hemos llegado a un punto desde el cual mano y palabra, como opuestos que se influyen mutuamente, aparecen caracterizando a la estructura constitutiva del hombre, el problema de la integración psicosomática se transforma en otro mucho más amplio e importante.

Por todos lados nos rodea casi la misma alternativa. Mano y palabra, acto y sentido, forma y significado, materia e historia, espacio y tiempo,

objeto y sujeto, movimiento y percepción, afecto e idea, impulso y posición, representan otras tantas versiones de una problemática semejante.

Heisenberg sostiene en su principio de incertidumbre que posición e impulso, las dos coordenadas que determinan el “comportamiento” de una partícula elemental, no pueden ser simultáneamente conocidas.

En el estudio de la fisiología de los sentidos, Weizsaecker (1940) ha demostrado en forma experimental que percepción y movimiento (sentido y acto), *aunque se ocultan mutuamente a la conciencia*, constituyen una estructura indisoluble configurando un círculo que sólo puede ser recorrido de manera sucesiva y mediante una especie de “inversión en la dirección de la mirada”. Establece así un principio psicofísico teórico de validez general que denomina, metafóricamente, el principio de las puertas giratorias, aplicable a las alternativas entre objeto y sujeto, materia e historia, forma y significado.

Hay un aforismo que afirma que no se puede ser al mismo tiempo juez y parte, es decir, observador y participante. Pero juzgar implica haber participado, y participar implica haber juzgado. Una y otra manera del ser se encuentran en relación recíproca en la unidad de una estructura “circular” sucesiva.

Energética y hermenéutica

La historia de la teoría psicoanalítica contiene un desarrollo de la alternativa que venimos exponiendo.

Tal como señala Paul Ricoeur (1965), el problema epistemológico del psicoanálisis ocurre en el intento de articular una energética con una hermenéutica.

Freud aclara explícitamente que la ciencia psicoanalítica, como cualquier otra ciencia, posee el derecho de establecer sus propios elementos teóricos fundamentales y que la idea de carga o la de un aparato psíquico extenso, por ejemplo, no deben ser consideradas como hipótesis idénticas a sus equivalentes pertenecientes a otras ciencias, en este caso la física o la anatomía, las cuales trazan sus principios teóricos constitutivos sobre bases igualmente inseguras. Sin embargo, la teoría de las pulsiones instintivas como derivados de una fuente somática y la descripción de un aparato psíquico con una tóptica, una dinámica y una economía, revelan su origen en conceptos propios de la física y la biología como ciencias de la naturaleza. En este mundo teórico operan los conceptos de causalidad y determinismo.

La introducción de los acontecimientos biográficos en la comprensión de los fenómenos históricos y la interpretación de los sueños implican en cambio una teoría emanada de las ciencias de la cultura, que operan con los concep-

tos de historia, mito, lenguaje, arte, sociedad, y también, conciencia, representación, significado y deseo. En este otro ámbito, además hermenéutico, caracterizado por la búsqueda de un segundo sentido, de un lenguaje oculto, inconciente y al mismo tiempo revelado mediante derivados que deben ser interpretados como signos “bilingües”, la comprensión en términos de finalidad, el enfoque teleológico, amplía el campo del pensamiento causal.

Preguntémosnos ahora a quién psicoanalizamos y qué es lo que psicoanalizamos. Mientras que la primera pregunta lleva implícita la respuesta de que psicoanalizamos a una existencia subjetiva, la segunda nos conduce nuevamente a la misma alternativa que despierta nuestro interés.

Psicoanalizamos los “productos culturales”, sean individuales o sociales, pero estos productos culturales se presentan bajo la forma de una existencia material. Aunque el objeto que sustenta nuestra interpretación psicoanalítica se halle constituido por una cadena de “significantes” que llamamos, por ejemplo, discurso manifiesto, la existencia de este discurso es el producto de una primera interpretación que transforma en un lenguaje que transcurre de sujeto a sujeto aquello que por su cualidad de impresionar a nuestros sentidos denominamos *el material*.

Dado que los acontecimientos registrados por los órganos de los sentidos (o sus prolongaciones instrumentales) constituyen signos que denotan una significación, lo que denominamos el material recibe siempre una interpretación en el terreno de la percepción, el concepto o el juicio.

Lo que nuestro tacto registra en la mano del paciente es interpretado como humedad y como frío; la humedad es reinterpretada como sudoración. Lo que notamos en el apretón de manos que constituye el saludo es interpretado como blandura, y ésta es reinterpretada como un edema leve. Lo que vemos en la punta de los dedos es interpretado como azul, y este color reinterpretado como cianosis. El conjunto recibe una nueva interpretación y pasa a constituir el síndrome acrocianótico.

Así como lo que nuestra vista registra en la cara del paciente puede atravesar, por ejemplo, la línea conceptual palidez-anemia o la línea conceptual palidez-ictericia, propias de la patología médica y de las ciencias de la naturaleza, este material puede estructurarse en la conciencia del observador siguiendo otras líneas de organización (palidez-susto, por ejemplo) propias del ámbito del lenguaje como mímica, gesto o expresión del afecto.

El conjunto de lo que nuestra atención obtiene puede también interpretarse como juego, dibujo, conducta, mito o teatro.

Una parte de los sonidos vocales del paciente, que nuestro oído registra, es interpretada como habla. Si se da la coincidencia, nada casual, de que nuestra conciencia se halle organizada en la misma lengua, podemos

reinterpretar este hablar para obtener lo que se dice en un idioma verbal. La organización de la conciencia que denominamos idioma no se clasifica entre las ciencias; sin embargo, el grupo de conocimientos que la constituye debe ser aprendido, y la experiencia nos muestra que es posible estudiar una lengua que no hemos adquirido en la infancia, tanto como enriquecer el conocimiento de nuestro idioma natal.

Aquello que denominamos “el discurso manifiesto” es el producto de una interpretación del material que atraviesa la línea constituida por el sonido, el habla y el sentido de este hablar en el sistema de un idioma. La progresiva estructuración de los significados que se originan mediante la interpretación admite diferentes posibilidades de organización en la conciencia. La física o la patología médica, la historia y la gramática, constituyen ejemplos de las distintas formas de organización que pueden ser científico-naturales o científico-culturales, tanto como religiosas o metafísicas, éticas o estéticas. Todas estas interpretaciones son el producto complejo de una “historia” personal del observador, tejida con métodos, recuerdos y juicios, que constituyen los pilares de nuestra facultad de conocimiento.

A pesar de que la interpretación habitualmente privilegiada es la que nos conduce a transformar el material en un discurso manifiesto del paciente, *cualquiera de las interpretaciones* que dotan al material de un primer significado que implique la existencia de un sujeto puede formar parte del origen de la interpretación psicoanalítica, que nace como producto de una hermenéutica particular cuya tarea es la búsqueda de un segundo significado, inconciente.

Este segundo significado, que se da a la manera de un doble sentido como producto de la interpretación psicoanalítica, se obtiene siempre, en todos los casos, mediante la carga de las representaciones preconcientes del psicoanalista durante el proceso de la atención flotante, carga que constituye una contratransferencia. De acuerdo con el pensamiento de Freud, quien consideraba que los procesos internos, que configuran a los afectos a partir de las pulsiones inconcientes, constituyen en su origen también una realidad material, encontramos aquí una segunda fuente del “material” para la interpretación psicoanalítica. Debemos subrayar el hecho de que la contratransferencia que se configura bajo la forma de atención flotante determina cuál va a ser el material del paciente que elegiremos para la interpretación psicoanalítica, determina también cuál va a ser el sistema de organización conceptual que elegiremos para brindarle (la mayoría de las veces de manera inconciente) su primer significado y, por último, lo más importante, determina además la desorganización del sistema que rige esta primera interpretación, de modo que se hace posible la adjudicación de ese segundo sentido que se constituye como interpretación psicoanalítica.

Surge de lo que hemos dicho hasta aquí que a pesar del dualismo constitutivo de la teoría psicoanalítica, el encuadre dentro del cual transcurre el *trabajo interpretativo* psicoanalítico pertenece decididamente al terreno de la hermenéutica. Una hermenéutica que deja de ser solamente un arte, para adquirir la categoría de una ciencia que trata con el mundo de la idea, el afecto y la relación personal con los objetos animados en el terreno específico de los significados inconcientes.

Pero el círculo configurado debe ser recorrido. En algún punto del camino la actividad hermenéutica como interpretación de los significados ocultos y revelados en la materia y en la forma, debe “volver” mediante una inversión de la mirada a la contemplación de la transformación en el objeto que percibimos con los órganos de los sentidos. Esto nos informa a un mismo tiempo sobre el término y sobre la finalidad del proceso psicoanalítico.

Llegamos así a la conclusión de que *aquello que denominamos el problema de la integración psicosomática constituye en su esencia lo mismo que encontramos en el principio y en el fin de toda técnica psicoanalítica*. El comienzo y el término de cada unidad de este proceso, sea en la macrounidad de varios años o en la microunidad que media entre el material y su interpretación en cada sesión psicoanalítica, tanto en la indicación del tratamiento o en la contemplación del nacimiento de la interpretación a partir del material como en la observación del resultado, implican una inversión de la mirada que, al mismo tiempo que interrumpe el trabajo psicoanalítico interpretativo, nos enfrenta otra vez con la problemática de la articulación entre el objeto y sujeto que constituye la esencia de la dificultad psicosomática.

LA INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL

(1974)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1974c) “La interpretación del material” [I].

Ediciones en castellano

VI Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, CIMP, Buenos Aires, 1974, págs. 37-43.

Eidon, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 37-45.

El texto íntegro del artículo se incluyó como apartado segundo de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1976e [1974-1975]).

Una versión ligeramente reducida y modificada de este texto se incluyó como apartado primero de “La interpretación del material” [II] (Chiozza, 1983b [1974-1975]); como apartado segundo de “La interpretación del material ‘somático’” (Chiozza, 1987c [1974-1975]), y como apartado primero de “La interpretación del material” [III] (Chiozza, 1998i [1974-1975]).

La palabra “interpretación” deriva del latín y posee en su origen el sentido de la acción realizada por el mercader, el mediador o el intermediario, intérpretes que toman sobre sí la tarea de explicar lo que el vendedor o el comprador no quieren o no pueden poner en palabras (Corominas 1961; Ernout y Meillet, 1959; Quillet, 1963).

En su uso actual, el término “interpretar” adquiere un amplio significado que abarca varias acepciones: la tarea de determinar el sentido; la de traducir o explicar en un idioma lo que se ha dicho en otro; la de atribuir una acción a un determinado fin o causa; la de comprender y expresar, bien o mal, el asunto de que se trata, y también, por extensión, la de representar una obra de teatro o ejecutar una composición musical (Salvat, 1964; Quillet, 1963; Real Academia Española, 1950).

Frente a este uso amplio de la palabra “interpretar”, que queremos mantener aquí a los fines del propósito que nos anima, debemos distinguir explícitamente a la interpretación psicoanalítica como una modalidad particular y diferenciada del ejercicio interpretativo.

Podemos afirmar categóricamente que no toda interpretación de un significado es una interpretación psicoanalítica. Sin embargo, cuando penetramos en la intimidad del proceso, comprobamos un hecho aparentemente paradójico y digno de futuras reflexiones. Toda interpretación de un significado, en la medida en que se constituye como carga de representaciones preconcientes, realiza inevitablemente una manera de hacer conciente lo inconciente.

La conclusión es a un mismo tiempo obvia y sorprendente. El ejercicio psicoanalítico constituye solamente uno de los modos del hacer conciente lo inconciente, dado que esto último ocurre en todas las formas del conocimiento.

La actividad de psicoanalizar se realiza mediante una de las formas de la interpretación. El ejercicio de esta actividad implica una existencia subjetiva que podemos separar, desde un punto de vista conceptual y esquemático, en cuatro sujetos: el que interpreta, aquel a quien la interpretación va dirigida, el que recibe la interpretación y el que produce el material interpretado. Ocurre en la realidad que varios de estos sujetos, o todos, coinciden en una misma persona.

Habitualmente denominamos “material” al objeto de la interpretación psicoanalítica. Señalamos así, de manera implícita, el carácter de este objeto, que se define como material en su capacidad de impresionar a los órganos de nuestros sentidos.

Dentro del mundo de los objetos que poseen una existencia material consideramos como “material interpretable”, desde un punto de vista psicoanalítico, al material cuya configuración es el producto de una existencia subjetiva. Dicho en otras palabras: constituye la manifestación de un sujeto.

Cuando nos acercamos con el antejo psicoanalítico al objeto de nuestra labor, habitualmente distinguimos entre un contenido latente y un contenido manifiesto. Denominamos contenido latente al que surge como producto de una interpretación psicoanalítica. Este tipo de interpretación revela un segundo sentido, un significado que se hallaba oculto, y constituye, desde este ángulo, una hermenéutica particular que encuentra su clave en el conocimiento psicoanalítico.

Vale la pena insistir ahora sobre una conclusión que, a fuerza de ser obvia, ha perdido parte de la fecundidad que posee. Aunque denominamos material al objeto de la interpretación psicoanalítica, este tipo de interpretación, como arte y como ciencia de un segundo sentido, reprimido, se realiza sobre el material que ha sido previamente interpretado mediante una actividad del intelecto que le brinda un primer significado y lo ubica como producto de una existencia subjetiva.

Esta actividad del intelecto, que transforma el material percibido por los sentidos en un contenido manifiesto que constituye el *objeto real* de la interpretación psicoanalítica, merece un estudio sistemático que permite descubrir posibilidades cuya riqueza ha permanecido inexplorada.

Comencemos por señalar que los elementos que fundamentan la interpretación psicoanalítica, surgidos de la experiencia previa, del conocimiento teórico y de la contratransferencia, participan regularmente en la elección del material que registran nuestros sentidos y en el tipo de procedimiento interpretativo que obtiene, a partir de este material, un contenido manifiesto como objeto real de la futura interpretación psicoanalítica, cuyo fin es hacer conciente lo inconciente reprimido.

Sin embargo, a pesar de que se trata de un proceso complejo, la mayor parte del cual transcurre inconcientemente, resulta de la mayor importancia el poder distinguir conceptualmente este tipo de labor interpretativa que transforma al material ofrecido a los sentidos en un significado manifiesto mediante la utilización, muchas veces inconciente, de una experiencia que proviene de los más diversos campos del conocimiento.

El psicoanálisis, al establecer la premisa esquemática de la existencia universal de un “doble sentido” en los productos culturales, nos permite señalar dos hechos importantes. El primero es que cuando denominamos “material” al “objeto real” de la futura interpretación psicoanalítica, realizamos una simplificación que encubre la primera transformación interpretativa que acabamos de mencionar. El segundo, que fundamenta al anterior, consiste en que cuando interpretamos y hacemos manifiesto un contenido latente mediante el ejercicio del psicoanálisis, el contenido manifiesto sobre el cual realizamos la interpretación psicoanalítica, y, sobre todo, *el ejercicio interpretativo que lo había hecho posible a partir de un material ofrecido a los sentidos*, se convierte en un proceso latente que escapa a la atención de la conciencia.

El objeto a partir del cual realizamos la interpretación psicoanalítica se halla constituido habitualmente por un conjunto de palabras que poseen un significado en el sistema de un idioma y que han sido pronunciadas por el paciente a quien psicoanalizamos. Cuando comprendemos el significado manifiesto de este discurso verbal del paciente es porque ya hemos realizado, a partir del material que registran nuestros sentidos, un conjunto de interpretaciones, la mayoría de las cuales transcurre de manera inconciente.

Podemos intentar, para dar un ejemplo, un pequeño inventario. Una primera interpretación, frente a lo que oigo, me permite distinguir entre el sonido y el ruido. Junto a esta distinción es necesario que establezca, mediante otra interpretación aplicada al conjunto del material sonoro que percibo, cuál es la parte que proviene del paciente. Debo establecer además, a través de una nueva interpretación, que el sonido que escucho es un sonido vocal. De manera sucesiva, nuevas interpretaciones me conducen a determinar que se trata de un hablar, que este hablar ocurre en el sistema de tal lengua, y que, por fin, transmite un mensaje particular que comprendo.

Rescatar este proceso del automatismo inconciente no valdría la pena si no fuera porque nos proponemos convertir en objeto de la interpretación psicoanalítica a los productos de otras distintas transformaciones del material ofrecido a nuestros sentidos. Este intento constituye un camino que nació, en realidad, junto con el psicoanálisis. Fue recorrido posteriormente por numerosos psicoanalistas y desde diversos ángulos, aunque nunca fue explorado sistemáticamente.

Se justifica el que nos ocupemos ahora de esta cuestión, no solamente porque se ha vuelto actual gracias a la tendencia generalizada hacia el estudio de la lingüística en relación con el psicoanálisis, sino también porque me anima el propósito de contribuir al recorrido de ese camino con la exploración de un nuevo sendero.

Cuando Freud (1905*e* [1901]) interpreta como una “inconfundible exteriorización mímica de la masturbación” el acto mediante el cual Dora juguetea con los dedos en su bolsillo de mano, subraya su interpretación con las siguientes palabras: “Teniendo ojos para ver y oídos para escuchar, no tarda uno en convencerse de que los mortales no pueden ocultar secreto alguno. Aquellos cuyos labios callan, hablan con los dedos. Todos sus movimientos los delatan. Y así resulta fácilmente realizable la labor de hacer conciente lo anímico más oculto” (Freud, 1905*e* [1901], pág. 635).

Freud registra mediante su mirada un conjunto de objetos y de movimientos que interpreta como el acto espontáneo de jugar con los dedos en un bolsillo bivalvo que Dora trae por primera vez al tratamiento. La paciente no pronuncia palabras al respecto e ignoramos cuál es su grado de conciencia con respecto a la actividad que realiza con los dedos. De modo que el acto espontáneo constituye un contenido manifiesto en la conciencia de Freud, contenido que este último se ve precisado a describir con palabras.

Cuando Freud realiza a continuación la interpretación psicoanalítica de este acto, sigue una secuencia que pasa por el establecimiento de las categorías de acto sintomático inconciente, símbolo universal del genital femenino y, por fin, “inconfundible exteriorización mímica de la masturbación” (Freud, 1905*e* [1901], pág. 635).

Nos interesa determinar en este caso cuál es el objeto de la interpretación psicoanalítica. No cabe duda de que Freud aplica el psicoanálisis al conjunto de representaciones que posee en su conciencia acerca de la mencionada actividad de Dora, de cuya existencia como suceso real y externo Freud está seguro.

Reparemos ahora en el hecho de que cuando, en nuestro ejemplo anterior, nos referimos al objeto constituido por un contenido manifiesto correspondiente a las palabras que un paciente pronuncia, el objeto real de nuestra interpretación psicoanalítica también se hallaba constituido, en última instancia, por el conjunto de representaciones presentes en nuestra mente de analistas como producto de nuestra facultad de comprender el contenido de un tal mensaje manifiesto.

¿En dónde reside pues la diferencia entre la constitución de uno y otro objeto de la interpretación psicoanalítica en los dos ejemplos menciona-

dos? La respuesta resulta clara. Reside en el conjunto de conocimientos y procedimientos interpretativos que aplicamos en uno y otro caso para obtener a partir del material ofrecido a los sentidos el objeto sobre el cual realizaremos la interpretación psicoanalítica.

Para el caso en que se trata de las palabras pronunciadas por un paciente es necesario conocer el sistema de la lengua en la cual éste se expresa. Para el caso del acto realizado por Dora basta con disponer de la integridad del proceso intelectual implícito en el acto de la percepción y el juicio.

Veamos ahora un ejemplo de otro tipo. El paciente ha pronunciado una frase que, sometida al ejercicio interpretativo que nos permite comprender su significado manifiesto, se convierte en un mensaje que relata un acontecimiento concreto al cual el paciente hace referencia. Sin embargo, en lugar de tomar este relato por objeto de la interpretación psicoanalítica, nuestra atención repara en que el paciente utilizó en esta frase la palabra “usted” para dirigirse a un analista al cual habitualmente “tuteaba”. Esta palabra, contracción de “vuestra merced”, y el uso consiguiente del verbo en la tercera persona del singular (Cesio y colab., 1970j [1966]), corresponden a una forma de trato indirecto. El sujeto habla en esta forma con una segunda persona; y le habla de ella misma como si se estuviera refiriendo a una tercera representada por la “merced” o “gracia” del interlocutor. Estos conocimientos permiten al analista interpretar el significado gramatical de la sustitución realizada por el paciente, y establecer, mediante este camino interpretativo que pertenece a la gramática, un objeto distinto sobre el cual realizar la interpretación psicoanalítica.

En “El problema psicósomático y la técnica psicoanalítica” (Chiozza, 1976d [1974]), y refiriéndonos a esta misma cuestión, explorábamos otras de las posibilidades interpretativas a través de las cuales se constituyen los diferentes objetos de la interpretación psicoanalítica. Lo expresamos con las siguientes palabras:

Lo que nuestro tacto registra en la mano del paciente es interpretado como humedad y como frío; la humedad es reinterpretada como sudoración. Lo que notamos en el apretón de manos que constituye el saludo es interpretado como blandura, y ésta es reinterpretada como un edema leve. Lo que vemos en la punta de los dedos es interpretado como azul, y este color reinterpretado como cianosis. El conjunto recibe una nueva interpretación y pasa a constituir el síndrome acrocianótico.

Así como lo que nuestra vista registra en la cara del paciente puede atravesar, por ejemplo, la línea conceptual palidez-anemia o la línea conceptual palidez-ictericia, propias de la patología médica y de las ciencias de la naturaleza, este material puede estructurarse en la conciencia del observador siguiendo otras líneas de organización (palidez-susto, por ejemplo), propias del ámbito del lenguaje, como mímica, gesto o expresión del afecto.

El conjunto de lo que nuestra atención obtiene puede también interpretarse como juego, dibujo, conducta, mito o teatro.

[...]

La progresiva estructuración de los significados que se constituyen mediante la interpretación admite diferentes posibilidades de organización en la conciencia. La física o la patología médica, la historia o la gramática, constituyen ejemplos de las distintas formas de organización que pueden ser científico-naturales o científico-culturales, tanto como religiosas o metafísicas, éticas o estéticas. Todas estas interpretaciones son el producto complejo de una “historia” personal del observador, tejida con métodos, recuerdos y juicios, que constituyen los pilares de nuestra facultad de conocimiento.

A pesar de que la interpretación habitualmente privilegiada es la que nos conduce a transformar el material en un discurso manifiesto del paciente, *cualquiera de las interpretaciones* que dotan al material de un primer significado que implique la existencia de un sujeto puede formar parte del origen de la interpretación psicoanalítica, que nace como producto de una hermenéutica particular cuya tarea es la búsqueda de un segundo significado, inconciente.

Habíamos prometido al comienzo de este texto contribuir al recorrido de este camino con la exploración de un nuevo sendero. Digamos ahora, a modo de conclusión, lo siguiente: del mismo modo que Freud señala en el juego de Dora una “inconfundible exteriorización mímica de la masturbación” (Freud, 1905e [1901], pág. 635), y el estudio del uso del “usted” nos demuestra de manera inequívoca el encubrimiento del horror al incesto (Freud, 1912-1913; Cesio y colab., 1970j [1966]), a partir de las interpretaciones propias de las categorías conceptuales que pertenecen a la ciencia médica tradicional, podemos descubrir, mediante la interpretación psicoanalítica, fantasías específicas que nos permiten afirmar, por ejemplo, que la ictericia es una inconfundible exteriorización “orgánica” de la envidia inconciente (Chiozza, 1974b).

Resumen

Eidon, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 44-45.

La interpretación psicoanalítica se ejerce sobre un objeto que habitualmente denominamos “el material”. Sin embargo, este objeto de la interpretación psicoanalítica no es idéntico al material tal como éste se presenta a los sentidos. Es importante subrayar que este material recibe, siempre, la mayoría de las veces de manera inconciente, una primera interpretación que lo transforma en el “objeto” que puede ser interpretado mediante el psicoanálisis.

Teniendo en cuenta que la interpretación psicoanalítica es el hallazgo de un segundo sentido, se exponen en este trabajo algunos ejemplos de cómo se constituye, interpretativamente, y a partir del material ofrecido a los órganos sensoriales, el primer significado que establece el objeto intelectual sobre el cual es posible aplicar la interpretación psicoanalítica.

Este objeto es denominado casi indistintamente “el material” o “el contenido manifiesto”. De este modo, la actividad interpretativa que lo constituye permanece encubierta. Al hacer conciente las formas posibles de esta primera actividad interpretativa, “anterior” a la actividad psicoanalítica, junto a la cadena de significantes que denominamos “discurso manifiesto” del paciente, aparecen otros objetos del psicoanálisis que se constituyen, por ejemplo, mediante la gramática o la patología médica, y a partir de los cuales es posible investigar algunas fantasías inconcientes que son específicas para cada uno de ellos.

**EL CONOCIMIENTO PSICOANALÍTICO
DE LA ENFERMEDAD SOMÁTICA**

(1975)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1975b) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I].

Primera edición en castellano

Encuentro Argentino-Brasileño. “Contribuciones psicoanalíticas a la medicina psicosomática”, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1975, págs. 25-30.

El contenido del artículo se incluyó como apartados primero y tercero de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1976*e* [1974-1975]) –en este caso ampliado con gráficos– y de “La interpretación del material ‘somático’” (Chiozza, 1987*c* [1974-1975]).

El contenido del apartado II se incluyó como segundo apartado de “La interpretación del material” [II] (Chiozza, 1983*b* [1974-1975]), y como tercer apartado de “La interpretación del material” [III] (Chiozza, 1998*i* [1974-1975]).

I. El cuerpo en la teoría psicoanalítica

En la conciencia se constituyen dos organizaciones distintas del conocimiento de sí mismo: las representaciones de los órganos y sus funciones constituyen el grupo de representaciones que se refieren a aquello que denominamos “cuerpo”, y las representaciones de los deseos, impulsos, afectos e ideas que configuran las fantasías concientes (e inconcientes) constituyen el grupo de representaciones que se refieren a aquello que denominamos “psiquis”.

Que ambas organizaciones mantienen en la conciencia relaciones entre sí lo prueba el hecho de que los “objetos”, “cuerpo” y “psiquis”, a los cuales ambas se refieren, se reconocen como partes de uno mismo. Se trata de un cuerpo animado y de una vida subjetiva siempre ubicada en un cuerpo.

El psicoanálisis ha enriquecido las relaciones que estos dos sistemas de organización del conocimiento mantienen en la conciencia al introducir el concepto de lo inconciente.

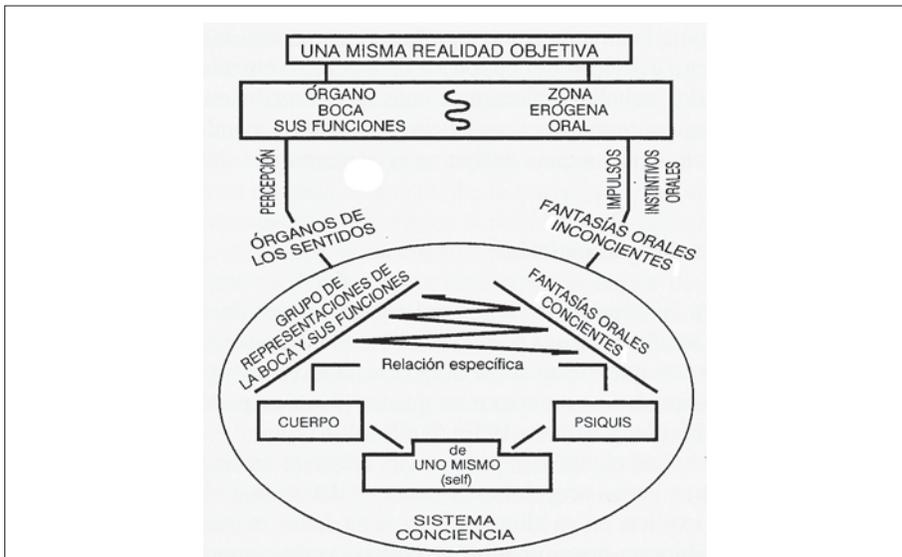
Cuando los psicoanalistas usamos la expresión “fantasías orales”, por ejemplo, reconocemos implícitamente una relación específica entre este particular tipo de fantasías que configuran un aspecto también particular del psiquismo, y la función corporal del órgano que denominamos “boca”. Esto mismo puede describirse con un poco más de prolijidad de la siguiente manera:

- 1) Existe un grupo de representaciones o ideas del órgano boca y sus funciones que proviene de la percepción proporcionada por los órganos de los sentidos y pertenece al sistema conciente-preconciente. El órgano boca y sus funciones (que forma una parte de aquello que denominamos el cuerpo de un sujeto)

corresponden por lo tanto a un objeto de la percepción sensorial de ese mismo sujeto.

2) Existe un grupo de fantasías que pertenecen al sistema consciente-preconciente que derivan de fantasías inconcientes constituidas por impulsos instintivos propios de la zona erógena oral. La zona erógena oral (constituida por el órgano boca y sus funciones), dado que constituye la fuente de determinadas fantasías inconcientes, es conocida en el sistema consciente-preconciente a través de derivados que denominamos fantasías orales precisamente porque, tal como está constituida la teoría psicoanalítica (Freud, 1905*d*, 1915*c*, 1924*c*), quedan indisolublemente ligadas (en el mismo concepto de zona erógena) al grupo de representaciones (o ideas) del órgano boca y sus funciones.

La teoría psicoanalítica avanza sin embargo un paso más cuando denomina “orales” a las supuestas fantasías inconcientes que corresponden al ejercicio de la zona erógena oral, y que sólo conocemos en el sistema consciente-preconciente a través de los derivados que adquieren su nombre a partir de las ideas del órgano boca y sus funciones.



En este esquema se trata de las dos organizaciones del conocimiento que se constituyen en la conciencia con los nombres de “cuerpo” y “psiquis”. Una de ellas deriva primariamente de la percepción ejercida por los órganos de los sentidos; la otra, de las vivencias que se constituyen como derivados de los impulsos inconcientes instintivos. Una y otra se han originado en un objeto exterior a la conciencia que, desde

el punto de vista teórico, es el mismo. Así, por ejemplo, la representación del órgano boca como una parte del cuerpo, mantiene una relación específica con las fantasías derivadas de la zona erógena que, por la misma razón, denominamos oral.

Dejemos ahora deliberadamente de lado el hecho importante de que estas ideas (acerca del órgano boca y sus funciones) derivadas del ejercicio de los órganos de los sentidos, sean verbales o no verbales, se integren con afectos e impulsos igualmente específicos de la zona erógena oral para configurar en su conjunto la fantasía oral plenamente constituida.

3) Nos encontramos entonces con que se trata de una misma realidad “objetiva”, se llame “boca” o “zona erógena oral”, que origina, según cuál sea su vía de acceso a la conciencia, el sistema de conocimiento de la realidad “material” que denominamos “cuerpo” o el sistema de conocimiento de la realidad “ideal” que denominamos “psíquis”. (La cualidad esencial de esta realidad “objetiva”, como lo ha subrayado Freud –1915e– apoyándose en los postulados de Kant, es igualmente incognoscible en uno y otro caso.)

De manera que la representación “boca” y la “fantasía oral” no solamente se configuran influyéndose mutuamente en un proceso recíproco y continuo, sino que, como miembros que pertenecen a dos cadenas distintas de organización del conocimiento (corporal y psíquico), mantienen entre sí una relación específica, sancionada ya en la utilización de la palabra con la cual se las denomina.

4) Esa misma realidad “objetiva” de la cual ambas derivan no puede por lo tanto ser considerada, en su propia esencia, como una realidad que posee unilateralmente los atributos de lo corporal o de lo psíquico, dado que, siguiendo los postulados de la metapsicología freudiana, llegamos a la conclusión de que los atributos de lo corporal o de lo psíquico dependen de los modos de acceso a la conciencia.

Desde este punto de vista, los conceptos de psicogénesis o somatogénesis resultan tan obsoletos como la afirmación de que existen enfermedades realmente somáticas o psíquicas, ya que, frente a un trastorno particular de un ser humano, el fenómeno somático se manifiesta cada vez que un modo particular de la atención registra en la conciencia del observador una alteración de la materia (o la energía), mientras que el fenómeno psíquico

se manifiesta cada vez que el observador obtiene una respuesta con respecto al sentido o significado psicológico de ese mismo fenómeno.

Cuando decimos entonces, siguiendo a Weizsaecker (1946-1947), que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico posee un correlato corporal, no presuponemos que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático puede ser comprendida en su sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico puede ser contemplada en su aspecto corporal.

Por tal razón afirmamos en otro lugar (Chiozza, 1970a, 1974b) que la progresión de la bilis a través del colédoco *es* al mismo tiempo y desde otro punto de vista una fantasía inconciente específica, compuesta por un afecto, una idea, un mecanismo, una intención igualmente específicos, para cuya denominación utilizamos la palabra “envidia” por ser la más adecuada a su sentido.

Inversamente, la envidia como significado, como sentimiento, como impulso y como actividad del yo, posee un aspecto o correlato corporal que, entre todas aquellas representaciones que constituyen el conocimiento del cuerpo en nuestra conciencia, parece corresponder más acabadamente con aquellas que configuran el conjunto que denominamos proceso biliar.

II. La interpretación psicoanalítica de los fenómenos somáticos

Cuando un paciente realiza un acto o experimenta un trastorno somático que interpretamos como “producto” de la envidia inconciente, suponemos que esta envidia, a la cual denominamos “el contenido latente”, determina desde lo inconciente la conducta o el síntoma que estamos considerando. Solemos pensar entonces, casi involuntariamente, que la envidia inconciente continúa existiendo *como tal*, reprimida, detrás del contenido manifiesto o en algún otro lugar. Sin embargo, no parece ser esto lo que pensaba Freud.

La envidia, como sentimiento, se establece como una multitud de procesos, los cuales constituyen en su conjunto una “conmoción vegetativa” que precisamente configura la particular emoción que aprendimos a denominar de esa manera. Cuando ocurre una represión de la envidia es, precisamente, para impedir el desarrollo, específico, de tal afecto (Freud, 1915d, 1915e). La idea inconciente que continúa siendo actual y que constituye en sí misma una disposición a la envidia (Freud, 1915e; Chiozza, 1975a [1974]) ha exteriorizado su eficacia a través de un proceso distinto.

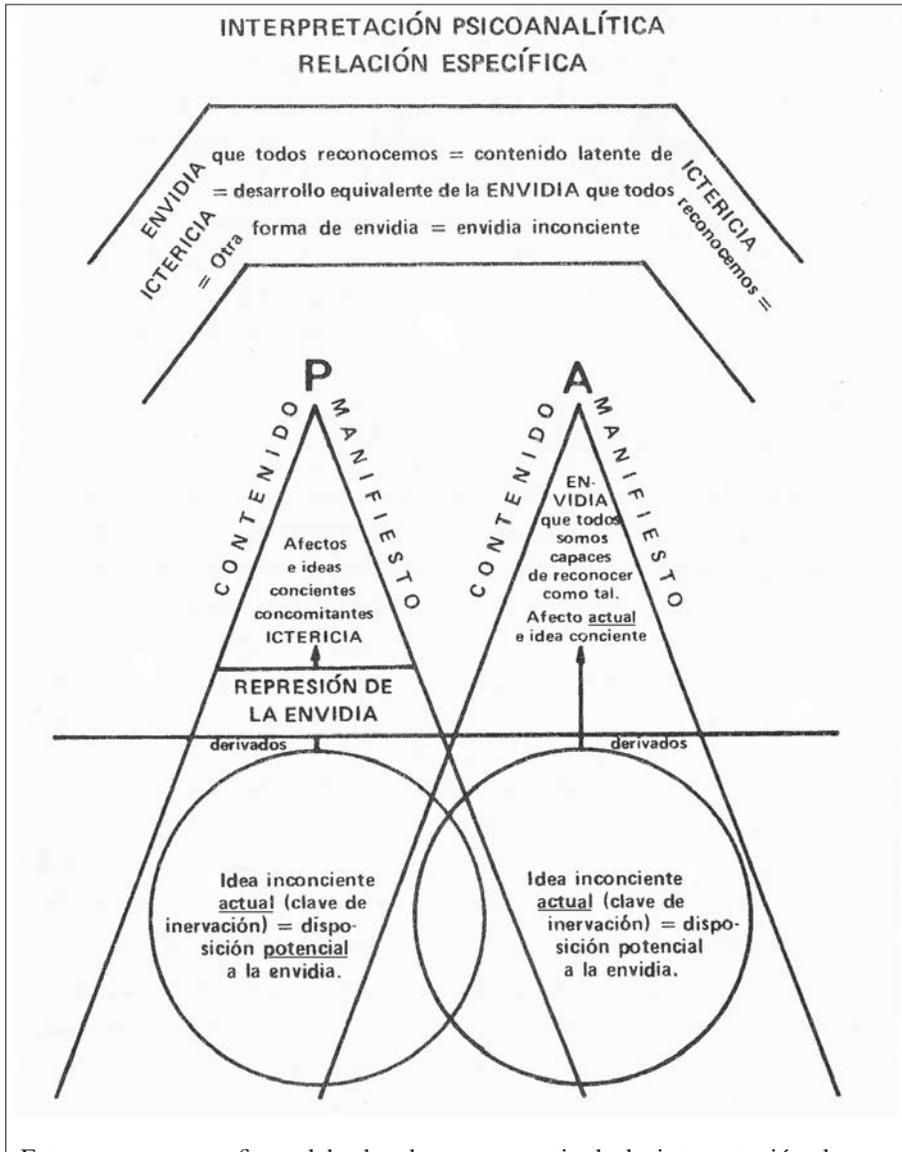
Es nuestra interpretación la que asevera, a partir de ese proceso, del contexto y de nuestro propio inconciente, que el proceso en cuestión constituye *una transformación de la envidia*. Para decirlo con mayor exactitud, constituye el efecto de una idea inconciente que hubiera podido, en condiciones diferentes, exteriorizarse como envidia.

Desde este punto de vista, el contenido latente, la envidia inconciente, no es actual como lo son la conducta, el síntoma o los afectos e ideas concientes que el paciente experimenta. Llamamos contenido latente (Chiozza y colab., 1966e) a lo que conocemos como un producto manifiesto en la conciencia del intérprete capacitado para comprender que la conducta o el síntoma constituyen en el paciente un *desarrollo equivalente* a la envidia que, *como tal*, existe sólo en la conciencia del observador. (Véase el gráfico en la página siguiente).

La teoría psicoanalítica de los afectos (Freud, 1900a [1899], 1911b, 1915e, 1923b; Rapaport, 1962; Chiozza, 1975a [1974]) nos ofrece la ventaja de un aparato conceptual dentro del cual desaparece la tradicional alternativa entre psiquis y soma (Chiozza, 1970l [1968]). Ya no se trata de comprender cómo lo psíquico se transforma en corporal o viceversa, sino que un determinado fenómeno somático adquiere un significado. Es decir que se hace psicológicamente comprensible en la conciencia de un observador. Este observador que capta un significado “psicológico” experimenta un estado de ánimo que también puede ser descripto u observado como somático (Cesio y colab., 1968; Chiozza, 1975d, 1970l [1968], 1970q).

Si el significado obtenido por la interpretación, es decir lo que solemos denominar “el contenido latente”, pasara a sustituir en el enfermo al síntoma llamado somático (o se hubiera desarrollado espontáneamente en lugar de constituirse ese síntoma), el conjunto del fenómeno ocurrido podría ser descripto como psíquico o somático según cuál fuera nuestro modo de abordarlo y nuestra capacidad para percibirlo o comprenderlo.

Las ideas o fantasías inconcientes son “claves de inervación” de los afectos –de acuerdo con la expresión de Freud (1900a [1899])– para las cuales los conceptos de psíquico o somático son impertinentes (Chiozza, 1971b, 1974b). Del mismo modo que diferentes formas, funciones, desarrollos o trastornos corporales pueden ser comprendidos como la exteriorización de diferentes “claves”, cada uno de los fenómenos que denominamos “somáticos” “posee” (más allá de cuál sea nuestra actual capacidad para descubrirlo o expresarlo en términos verbales) un significado específico (Chiozza, 1963a), en el sentido de que ha ocurrido “en lugar” de un afecto y una idea conciente particular que hubieran podido ser un desarrollo equivalente de la misma “clave” o fantasía inconciente.



Este esquema se refiere al hecho de que, a partir de la interpretación, lo que llamamos "contenido" inconciente no existe como actualidad en el paciente sino sólo como disposición. Es decir que aparece en la conciencia del psicoanalista como un desarrollo que, a partir de una idea inconciente similar a la reactivada en el paciente, actualiza un afecto y un significado "equivalentes" de aquellos otros que se constituyen en el paciente como lo manifiesto o el síntoma.

Es obvio que nuestra capacidad para comprender el significado inconciente de la conducta o los síntomas depende, como en el caso de cualquier

otro tipo de lenguaje, de la existencia de un sentido unívoco con respecto a determinadas “unidades” o estructuras significativas, aunque las posibilidades de combinación, prácticamente ilimitadas, de estas unidades nos enfrenten con posibilidades de expresión igualmente ilimitadas.

Cuando habitualmente decimos, por ejemplo, que la envidia es el contenido latente, queremos decir “envidia” y no “miedo”. Justamente de la diferencia entre una y otro depende el éxito de nuestra interpretación. Cuando en lugar de una conducta se trata de un síntoma somático, es igualmente importante comprender lo más exactamente posible cuál es su “desarrollo equivalente”.

Mediante la interpretación psicoanalítica *nominamos*, a partir de los afectos primarios y sus desarrollos (Cesio, 1970a; Chiozza y colab., 1966e), los fenómenos *actuales* que constituyen los *desarrollos equivalentes* de cada uno de estos afectos e ideas. Es necesario, por lo tanto, que frente a un síntoma somático que interpretamos como “producto” de la envidia inconciente, mantengamos en claro las implicaciones siguientes:

- 1) En lo inconciente, como actualidad, existe solamente una idea o fantasía que, como clave de inervación, constituye una disposición potencial al desarrollo de envidia.
- 2) El síntoma somático constituye el desarrollo actual de tal idea inconciente.
- 3) El paciente percibe concientemente ese síntoma o sus derivados y le atribuye un significado distinto al de la envidia.
- 4) El psicoanalista que interpreta utiliza la envidia que él es capaz de sentir para *nominar* el significado que atribuye al síntoma somático comprendido como un *equivalente específico* al desarrollo de *la envidia que no se produjo*.
- 5) Sin embargo el fenómeno somático actual es, al mismo tiempo, un fenómeno psíquico igualmente actual que adquiere la forma de afectos e ideas concientes cuya conexión con la envidia permanece inconciente.
- 6) Cuando el psicoanalista interpreta y nombra a partir de la envidia, sostiene que dicho síntoma somático y los afectos e ideas concomitantes constituyen como actualidad *otra forma de envidia* que ocupa el lugar de aquella envidia que todos, e incluso el paciente, somos capaces de reconocer como tal.
- 7) El psicoanalista supone, por lo tanto, que ambas formas de envidia, la que todos somos capaces de reconocer como tal y la que él ha descubierto en el paciente bajo una forma distinta mediante el psicoanálisis, son derivados de *una misma* clave inconciente.

8) El fenómeno somático adquiere entonces, para el psicoanalista, la categoría de un fenómeno psíquico *actual*, en cuanto éste logra comprenderlo como un *equivalente específico* de la envidia potencial que no ha llegado a desarrollarse como tal, sino bajo esta otra forma distinta que denomina envidia inconciente o reprimida. Completa así una serie psíquica cuya continuidad se hallaba interrumpida en la conciencia del paciente (Chiozza, 1975a [1974]; Freud, 1940a [1938]).

Antes del descubrimiento de Freud, la histeria se expresaba en un lenguaje arcano e incomprensible. Desde esa época hasta nuestros días cada vez es mayor el número de las enfermedades que podemos comprender en el lenguaje del deseo y sus vicisitudes. Es posible suponer por lo tanto que aquellos fenómenos somáticos que hoy se consideran como transformaciones inexpresivas (que forman el llamado cuerpo asimbólico) constituyen en cambio una evidencia de nuestra actual insuficiencia para comprender su lenguaje.

**LAS FANTASÍAS INCONCIENTES
DE LOS PADRES EN LA ENFERMEDAD
DE LOS HIJOS**

(1995 [1975])

Luis Chiozza, Alejandro Fonzi y Víctor Laborde

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1995h [1975]) “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 57-66.

Traducción al italiano

“Le fantasie inconscie dei genitori nella malattia dei figli”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, nuova serie, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 59-70.

Este trabajo fue presentado en febrero de 1975 en la Clínica Pediátrica del Policlínico de la Escuela Médica de la Universidad Estatal de Roma.

Su contenido se incluyó como segundo apartado de “La patobiografía en los niños” (Chiozza y colab., 1995C [1992-1995]).

La investigación psicoanalítica de las enfermedades infantiles permite descubrir que, en todos los casos, las fantasías inconcientes del niño funcionan como un “par complementario” con las fantasías inconcientes de los padres, que pueden ser consideradas como la otra cara de una misma moneda.

Tener en cuenta que la problemática inconciente de ambos padres, en su conjunto, codetermina la enfermedad del niño y las vicisitudes de su evolución y tratamiento, otorga una nueva vía de acceso a la psicoterapia, ya que al variar una de las facetas de la estructura creada deberán variar las otras. Se trata de una vía especialmente valiosa, porque no siempre es fácil conmover una estructura familiar actuando únicamente sobre el psiquismo de un niño pequeño.

Nuestra experiencia clínica, que ejemplificaremos con algunos casos, confirma que el conocimiento de las fantasías inconcientes de los padres, involucradas en o inherentes a la enfermedad de los hijos, amplía las posibilidades terapéuticas.

Diego

Los padres de Diego, un niño de cuatro años, consultaron debido a que presentaba un estrabismo bilateral convergente predominantemente del ojo izquierdo. Hubo momentos de estrabismo desde que Diego era muy pequeño; sin embargo, sus padres no tomaron plena conciencia del trastorno hasta que tuvo un año y medio de edad y decidieron en ese momento hacer una consulta.

El oftalmólogo diagnosticó, entonces, la existencia de un trastorno estrábico neurógeno congénito centralmente condicionado. Se aconsejó la oclusión ocular, con el fin de evitar las dificultades provenientes de la ambliopía y, en un tiempo posterior, la intervención quirúrgica, que debía retardarse todo lo posible para evitar las frecuentes recidivas que se observan a menudo en las operaciones precoces.

El consejo quirúrgico fue resultado de repetidas consultas que ocuparon, con irregularidades e intervalos, el tiempo transcurrido desde el año y medio de edad hasta la fecha en que los padres de Diego deciden solicitar nuestra ayuda antes de decidirse por la cirugía.

Ambos padres poseían el conocimiento de que la corrección del ojo desviado exigía muy a menudo la ejecución de dos o tres intervenciones, debido al retorno del trastorno corregido.

Si consideramos que la posición del ojo es un movimiento inconciente que expresa determinadas fantasías, tal como ocurre en los gestos o en los vicios y hábitos de posición corporal, la repetición del trastorno, luego de la operación, significaría precisamente la insistencia de esa forma de expresión que trata, espontáneamente, de manifestarse.

Conversamos con los padres acerca de la necesidad de tener en cuenta ese aspecto. Sobre esa base decidimos emprender el estudio patobiográfico del grupo familiar.

La historia de Diego y el resultado de su hora de juego mostraban, en primer lugar, a un niño que se sentía dañado de manera irreparable, con muy pocas esperanzas de mejorar. Se sentía malo y culpable. Estos sentimientos de culpa tenían, sin embargo, características específicas: sentía que era un niño sin derecho de “mirar lo que se le antoja”, ya que el mirar quedaba en él asociado a fantasías escopofílicas muy angustiantes. Era además muy evidente que se sentía vigilado por el ojo omnipresente del Dios-superego que adivinaba todos sus “malos” deseos. La enfermedad, por lo tanto, era para él también un castigo, una mancha, un deshonor que lo convertían en el bizzo, siniestro, que no era agradable mirar.

Pensamos que ambas fantasías inconcientes, la prohibición de un mirar furtivo, y el sentimiento de ser controlado por un ojo vigilante, aparecen condensadas en el trastorno completo. Mientras el ojo derecho se arroga la representación del culpable escopofílico, el izquierdo, convergiendo sobre la línea media como si observara la mirada del otro ojo, se adjudica la representación del vigilante (en este caso siniestro) que sospecha (“¿dónde miras?”) o critica (“miras lo que no debes”). Parece que Diego no puede mirar tranquilo ni “derecho”, porque uno de los ojos tiene que controlar lo que el otro mira.

El interrogatorio de Gabriela, la madre, nos enfrenta con una amalgama de culpa, resentimiento, envidia y exigencias. De origen humilde, llegó a obtener el título de abogado como un logro muy valorado en un hogar pleno de sacrificios. Ricardo, su esposo, en cambio, también abogado, es hijo de ricos. La ambición de Gabriela, acostumbrada a “subir desde abajo”, la llevó muy pronto a trocar su anterior admiración por la posición y la cultura de Ricardo, en desprecio por su escasa capacidad de progreso. Diego debía haber sido su orgullo, el niño perfecto que demostrara su capacidad y quitara importancia a su origen pobre e inculto. El “mirar torcido” de Diego aparece, en las fantasías inconcientes de Gabriela, como una evidencia dolorosa de la culpa y su correspondiente castigo, pero, ante todo, representa la mirada torva de su propia envidia, como si su hijo se hubiera convertido en un espejo siniestro que la remeda de manera insoportable. Por este motivo niega el trastorno hasta que ya no puede más pasarlo por alto y, cuando la negación se deshace, habla de la reparación quirúrgica con un optimismo que el oftalmólogo está lejos de compartir.

En el momento en que se produce la consulta por el estrabismo de Diego, Gabriela, cuyas exigencias ideales son muy grandes, acaba de fracasar en un concurso laboral que le importaba mucho. Su fracaso en ese concurso la obliga a volverse hacia su hijo intentando que éste le devuelva, como madre, el éxito que siente haber perdido como abogado.

Ricardo se siente un fracasado. No solamente es abogado, es, también, el hijo de un abogado exitoso y siente que no ha podido superar al padre. Se siente despreciado por la mujer y sometido a un padre ideal.

De la historia infantil de Ricardo surge que su sexualidad ha quedado reprimida por obra de una madre cuya religiosidad, entrando al servicio de su neurosis obsesiva, la lleva a ver al sexo como a una cosa sucia. La enfermedad de Diego representa, para Ricardo, ese mismo castigo por la existencia de una sexualidad prohibida. Es lo monstruoso y, al mismo tiempo, representa el fracaso de sus ideales de perfección.

Las fantasías de infidelidad conyugal de Ricardo, que le provocan intensos sentimientos de culpa, reactivan, inconcientemente, un recuerdo infantil según el cual su madre se angustia ante sus juegos masturbatorios. Este conflicto actual forma parte de la fantasía inconciente que Ricardo posee sobre la enfermedad de Diego, de modo que Ricardo también, como Gabriela, se siente, al mismo tiempo que vigilado, denunciado por un hijo que lo representa y que “lo mira torcido”.

Realizamos, una vez finalizado el estudio, dos entrevistas con cada uno de los miembros de este grupo familiar, para tratar de llevarlos a ela-

borar, a cada uno de ellos, una parte de sus propias fantasías inconcientes, es decir: aquellas fantasías que se expresaban en el trastorno ocular, en las vicisitudes de ese trastorno y también en la forma que interpretaban, de manera inconciente, tales vicisitudes.

La intervención quirúrgica fue postergada. Una observación posterior, realizada varios años después gracias a que los padres de Diego consultaron por dificultades conyugales, nos permitió comprobar que el estrabismo había mejorado junto con la problemática que, al respecto, evidenciaban ambos padres. Esta mejoría fue precedida, según nos informaron, por un “cambio de carácter” de Diego, que puede ser descripto, sucintamente, como angustia y rebeldía.

Jazmín

Jazmín es una niña de cincuenta días de edad que presenta una cardiopatía congénita acianótica con hipertensión pulmonar severa e insuficiencia cardíaca. Los médicos consultados suponen que se trata de una comunicación interventricular. Le han prescrito digital, diuréticos, y potasio por vía oral. El cardiólogo aconseja esperar seis meses para hacer cateterismo y operarla, pero el empeoramiento de su estado clínico obliga a acortar ese plazo.

Judith, la madre, que había abortado cinco embarazos anteriores, durante el embarazo de Jazmín tuvo metrorragias leves en el segundo y en el tercer mes. Jazmín nació mediante una cesárea al octavo mes y medio de su gestación, debido a que, según lo que informaron a los padres, en el octavo mes se diagnosticó un síndrome de detención del crecimiento fetal.

Nació con un peso de dos mil cuatrocientos gramos, sin disnea ni cianosis, con buen apetito y aumento normal de peso. La enfermedad comenzó con disnea durante la alimentación, a raíz de lo cual le descubrieron un soplo cardíaco. Averiguamos, luego, que la disnea de Jazmín se presenta dos días después del destete. En ese mismo momento, por su trabajo, Judith la deja con mucha mayor frecuencia con la abuela materna.

Los padres pidieron una consulta en nuestro Centro buscando “algo más”, “algún consuelo”. Temían cometer algún error “psicológico” en el tratamiento de la nena y deseaban una orientación general en este problema. Nosotros teníamos además la esperanza de que la comprensión de los significados inconcientes de la enfermedad pudiera ayudarnos a cambiar su curso. En este caso, más que en ningún otro, era importante estudiar las fantasías inconcientes de los padres, ya que, tratándose de una niña de

cincuenta días de edad, los procedimientos de acceso a su inconciente no pueden ser los de la psicoterapia habitual.

“Pepe”, el padre de Jazmín, es español, de ascendencia árabe, y habita en la Argentina. Es bautizado y de tradición católica. Muy unido a su madre, actualmente cardíaca, no pudo realizarse en ningún campo. Impresiona como poco sólido, débil, infantil, maníaco. Abandonó el estudio y siempre ha tenido dificultades para mantenerse en un trabajo. Actualmente se desempeña en una actividad muy mal remunerada.

Judith es argentina, judía y médica. La madre de Judith, que aparece como un personaje duro, frío y lejano, la abandonó cuando aún era una niña, dejándola a cargo de la abuela materna. El padre de Judith es cariñoso y débil.

Antes de conocer a Pepe, su actual marido, “conoció” a varios hombres. Con ellos tuvo los cinco embarazos que terminaron en abortos. Tanto el noviazgo como el casamiento de Pepe y Judith fueron objeto de una fuerte oposición familiar, que se basaba, por lo menos desde un punto de vista manifiesto, en las religiones diferentes. Con el tiempo, las tensiones parecen disminuir; sin embargo, el padre de Judith, aunque les regala el departamento en el que habita el matrimonio, lo escritura exclusivamente a nombre de su hija. Aparentemente Pepe considera que esta situación es natural.

El estudio del material de Jazmín y de sus padres permitió comprender las fantasías inconcientes de cada uno de ellos que se expresan, se “traducen” o se representan en la enfermedad cardíaca de la niña. Estas fantasías dan un sentido a la enfermedad que aparecía como un “accidente”, y nos permiten comprenderla como un episodio lleno de significación en la biografía de los tres.

Pepe, quien teme ser el culpable de la desgracia, siente además que:

- 1) La enfermedad representa, dramáticamente, la “mezcla” que él hizo al casarse con la judía “extranjera” Judith.
- 2) La detención del crecimiento en el último mes del embarazo lo representa a él mismo detenido, sin poder crecer ni desarrollarse.
- 3) La cardiopatía es una “herida en el corazón” análoga a la de su madre cardíaca, herida frente a la unión de Pepe con Judith, y también análoga a la de él mismo, con el corazón “partido” frente a la unión de Judith con el padre de ella, unión de la que se siente excluido como un niño.
- 4) La comunicación interventricular, como el agujero que no cierra, la pared que no termina de formarse, lo representa a él mismo que tampoco termina de formarse del todo. Además

simboliza la mezcla de sangres, de religiones, de razas, que él siente haber hecho y por las cuales se siente muy culpable. Vive el amor de su mujer con mucha culpa, pero también está ofendido, peleado, denigrado. Es la ofensa del “extranjero”, que no se siente árabe, ni español, ni argentino. El nombre árabe, de la hija, elegido por él, contiene también una venganza.

5) La insuficiencia cardíaca es una representación muy adecuada de sí mismo, “igualmente” insuficiente frente a las demandas de la vida, experimentadas como una sobrecarga.

Judith, en cambio, siempre se sintió una nena aterrada, débil, abandonada. Ve en Jazmín, en peligro de muerte, su retrato ampliado. Siempre tuvo un ligamen intenso y culposo con su padre, que intentó cortar con sus múltiples relaciones. Los abortos podían ser comprendidos como la consecuencia de estas uniones que, vividas ambivalentemente, conducían a la búsqueda de castigo.

Al encontrar a Pepe, “goy”, concreta la exogamia deseada, que, al mismo tiempo, siente como una traición a su padre. Fruto de esa traición es Jazmín. En ella se conjugan el acto y la “maldición” correspondiente: detención del crecimiento fetal, cesárea y enfermedad cardíaca. Debe pagar por la “mezcla de sangres”, de la cual la comunicación interventricular parece ser un “testigo”. También siente que esa nena enferma es el producto de su vientre dañado por los abortos.

Las fantasías de ambos padres convergen en Jazmín. Podemos suponer que, “dentro” de esta situación inconciente, experimenta sentimientos semejantes a los que nos vemos forzados a describir con las palabras del adulto. Es decir: sobreexigida, con la responsabilidad de reunir a ambos padres que, de pronto, se le aparecen como dos contrarios, dos “sangres” distintas. Frente a esta exigencia se siente desfallecer, “insuficiente” y en peligro de muerte, “no le da el corazón” frente a lo que siente que se espera de ella.

Una vez comprendida la situación se realizaron entrevistas con ambos padres, a los fines de elaborar con ellos los puntos más importantes de la dinámica familiar inconciente. Jazmín no podía, como los niños de mayor edad, “escuchar” nuestras interpretaciones, pero, dada la gravedad de su situación, no podíamos resignarnos a no intentar algún tipo de influencia sobre sus fantasías inconcientes. Optamos por pedirle a la madre que concurriera a las entrevistas llevando a su hija en brazos, teniendo en cuenta el riquísimo intercambio de sentimientos inconcientes que caracteriza a la relación madre-hijo y las numerosas evidencias que existen acerca de la capacidad que posee cada uno de ellos para percibir los estados afectivos del otro.

Durante el acto quirúrgico se constató, y se intervino, un ductus arteriovenoso muy grande, en lugar de la comunicación interventricular que formó parte del diagnóstico presuntivo. A pesar de que el pediatra, basándose en el estado clínico previo a la intervención, efectuó un pronóstico reservado, la recuperación fue excelente. Ignoramos cuál fue el grado de la influencia que tuvo, en esa recuperación, el alivio de la problemática familiar que obtuvimos mediante nuestro esclarecimiento de la situación inconciente.

Hernán

Hernán era un niño de ocho años de edad a quien nuestro pediatra diagnosticó una hernia ínguino-escrotal izquierda, no muy desarrollada y evidente a simple vista. Con maniobra manual era fácilmente reductible. El testículo derecho estaba ascendido y podía ser descendido manualmente.

Se lo veía modoso, tímido, con gestos un poco teatrales y algo femenino. Su contextura mostraba tendencia a la obesidad, modelo extraído de sus identificaciones con la pareja de sus padres, notablemente obesos.

Los primeros síntomas fueron descubiertos por Hernán en el verano del año anterior, cuando se encontraban de vacaciones en una playa. Le llamó la atención cómo estaba hinchado su escroto. La madre consultó, telefónicamente, con su médico de confianza, quien le recomendó reposo y los síntomas cedieron. Al ver qué rápido se solucionó todo, no prestaron, en lo sucesivo, mayor atención a ese problema.

Aquellas vacaciones habían tenido un planteo distinto de las anteriores. Su padre, dos meses antes, había decidido un viaje a Israel inesperado para todos, cuya precipitación no permitió que fuera bien elaborado. Hernán y su hermano, dos años mayor, pasaron sus vacaciones con la madre. Pudieron alquilar en un hotel una habitación para los tres, en la que convivieron durante diez días.

El niño, en parte motivado por sus padres, y también por competencia con su hermano Rubén, que se destacaba en natación, había adquirido un hábito deportivo que lo preservaba de su tendencia a engordar. Dicha actividad se interrumpió, por consejo médico, en el momento de aparición de la hernia. Esto produjo un cambio en el niño, quien, por su inactividad, quedaba sumido en la contemplación de programas televisivos.

Cinco meses después de las vacaciones en las cuales se descubrió la hernia, luego de haber visto a varios médicos que le aconsejaron la operación a corto plazo, solicitaron una entrevista en nuestro Centro. Se pudo

ver en la entrevista que no solamente la hernia de Hernán motivaba la consulta, ya que el matrimonio pasaba en aquellos momentos por una crisis completamente negada, manifestándose en el hijo la materialización del conflicto. Se convino en realizar una patobiografía del niño y sus padres.

En la historia del padre pudimos detectar uno de los factores eficaces desencadenantes de la crisis. Su esposa se había graduado como odontóloga poco tiempo antes de que él decidiera viajar solo a Israel. Había intentado cursar la carrera de veterinario, con muchos fracasos y traspies que lo llevaron a abandonar sus estudios. Se sentía dolorosamente humillado por el logro intelectual de su mujer, muy valorado en el grupo familiar. Le era muy difícil de soportar el sentirse mostrando una imagen pobre ante sus hijos. Buscaba algún camino para restañar la herida, y este camino surgió cuando su actuación en una comunidad israelita le permitió realizar su viaje, viaje que representaba recuperar su estima, disminuyendo el estado de tensión en que vivía la familia. Sus intensos celos y envidia se expresaban, con sus hijos, en frecuentes gritos y palizas, que lo dejaban sumido en intensos remordimientos y sentimientos de culpa.

Su apariencia dominante y “mandona” encubría los temores a ser descubierto como un “nene débil”, justamente ahora que su esposa había logrado un título universitario, despertándole la fantasía de que podría abandonarlo buscando un “mejor partido”.

La madre aparecía como una mujer con una vida de la cual estaba harta, llena de deberes y privada de goces. Reprimía su sexualidad, que sentía como algo sucio y vergonzoso. Esta frustración se trasluce en sus actitudes exigentes frente a su marido y sus hijos. El tipo de vínculo libidinoso que establece con sus objetos hace que éstos se sientan maltratados e “hinchados”.

Podemos comprender el síntoma, de manera simbólica, si pensamos que Hernán se siente cohabitando con su madre mientras el padre está afuera. El esfuerzo que la frustración libidinosa y la tentación conflictiva le exigen queda expresado por la hernia, que representa simbólicamente algo que se “hincha” a través de una pared que, incontinente, “revienta”. Se trata de un “contenido” que el yo no puede elaborar o “contener”. Al mismo tiempo, tal como aparecía claramente en el material de la hora de juego realizada por Hernán, este pasaje de una a otra cavidad simbolizaba la pérdida de límites de las zonas geográficas de la vivienda familiar, especialmente su cuarto y el dormitorio de los padres.

La situación planteada provoca intensos sentimientos de culpa en la madre, los cuales intenta apaciguar apoyando vehementemente la intervención quirúrgica, que borraría el daño que siente haber realizado.

Los dibujos de Hernán permitieron comprender que vivía como “exclusiva” la unión con su madre. Cuando dibuja el taller donde aprende dibujo aparecen todos “metiendo las manos en la masa”, representando así su temor a ser descubierto “con las manos en la masa”, es decir, en sus fantasías masturbatorias y sus deseos edípicos. La fecha incierta del regreso del padre, que podía irrumpir en cualquier momento en la habitación del hotel, hizo aun más persecutoria esta situación.

Al recortar un pájaro, durante la hora de juego, le corta el pico, le saca la cabeza, y se le caen las alas; representa de este modo que se siente castrado. El pico cortado parece simbolizar la operación de adenoides y amígdalas que le había sido realizada y, más profundamente, a su circuncisión.

La figura que lo representa, en el trabajo con plastilina, queda ubicada entre sus padres, más cerca de la madre y mirándola. Esta madre aparece como un objeto “frío”, distante e ideal, objeto en el cual Hernán tiene puestas sus pensamientos y su excitación prohibida. Siente, al mismo tiempo, que su fuerza instintiva es la del padre, representado en los dibujos por pelos y por una pelota amarilla.

Cuando Hernán representa su propia figura, pone sobre su cara una masa que da la sensación de “bajar la nariz”, simbolizando el intenso sometimiento. A esa figura le faltan los brazos y un pie, lo cual parece expresar su dificultad para hacer, su castración, que lo conduce a depositar sus energías en la acumulación de grasa.

Pudimos comprender que, debido a la intensidad de sus ansiedades de castración, la operación adquiriría, para Hernán, connotaciones peligrosísimas, ya que en su fantasía inconciente, durante la intervención el padre le cortarían los testículos por haber ocupado su lugar al lado de la madre.

Aconsejamos una preparación psicofiláctica preoperatoria con el objeto de acercar a la conciencia estas fantasías, disminuyendo así su poder patógeno, que podría llegar a manifestarse como complicaciones durante el acto quirúrgico o en la evolución posterior.

Hernán ha vuelto a reiniciar una actividad deportiva leve, sin ninguna complicación. La operación fue pospuesta, esperando un momento más propicio, en el cual la disminución de sus intensas ansiedades de castración permitiera operarlo comprometiendo menos la continuidad de su desarrollo infantil.

**HACIA UNA TEORÍA DEL ARTE
PSICOANALÍTICO**

(1978)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1978j) “Hacia una teoría del arte psicoanalítico”.

Ediciones en castellano

Eidon, N° 9, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 5-27.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 427-447.

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 37-56.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-176.

Traducción al italiano

“Verso una teoria dell’arte psicoanalitica. Studio di un episodio nella relazione Dora-Freud”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 31-47.

Este artículo amplía el trabajo “La enfermedad somática como forma de inconscientización” (Chiozza, 1978k), presentado en el IX Congreso Interno y XIX Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina, en 1978.

Estudio de un episodio en la relación Dora-Freud

Cuando recordamos el historial de Dora (Freud, 1905*e* [1901]), revivimos la experiencia constituida por ese tipo particular de comprensión, tanto de una persona como de la “historia” de un suceso humano, que el conocimiento psicoanalítico nos brinda acerca de las intimidades de una vida. Nos encontramos entonces como si estuviéramos frente a un complicado tapiz cuyo dibujo, más amplio que lo que abarca la mirada y ajeno al tiempo, no tiene principio ni fin en algún punto de una línea, si no fuera porque nuestra atención se empeña en “empezar por algún lado” y en “recorrer” ciertos detalles.

De este modo, cuando guiados por algún género de interés “reparamos” el historial de Dora, tanto sea en la dirección que llevaba Freud como en alguna otra cualquiera, y seguimos, como se sigue con el lápiz el “hilo” de un dibujo, algún encadenamiento conceptual, sentimos que en cada entrecruzamiento de caminos “decidimos” un trayecto lineal que corta otros, abandonándolos, en un “por ahora” que deshace la imagen del conjunto.

Esto ocurre cuando, desorientados ante la complejidad de la experiencia, no sabiendo a qué atenernos de inmediato, recurrimos a la actividad del pensamiento reflexivo, y nuestro proceso secundario recorre, una tras otra, las huellas de anteriores facilitaciones, comparando, es decir “contrastando de a pares”, estas huellas mediante la memoria (Freud, 1950*a* [1895]*).

Afortunadamente, nuestra capacidad de conocer no depende solamente del proceso secundario. Mientras nuestro intelecto ejercita esta labor sometida a las leyes temporales cuyo paradigma encontramos en el dis-

curso verbal, sucesivo, nuestro proceso primario “juega” con otro tipo de facilitaciones que ni son binarias ni son lógicas. Son facilitaciones que pueden ejemplificarse con la contemplación simultánea de un espacio visual complejo. Nuestro proceso primario “salta”, entonces, sin cuidarse de las leyes que constituyen el juicio, de una línea a la otra y en varios puntos a la vez, en un modo aparentemente caprichoso que es “travieso”, o lateral, con respecto al camino del concepto.

Ni uno ni otro proceso por sí solos pueden constituir el intelecto. Metáfora, símbolo, pensamiento creativo, nacen en la amalgama indisoluble de uno y otro (Langer, 1941; Turbayne, 1970). Amalgama misteriosa que también constituye la fuente del lenguaje (Chomsky, 1975) y el escenario del teatro y del juego (Chiozza, 1978e [1977]), o la atmósfera transferencial de la sesión psicoanalítica como campo de ilusión (Winnicott, 1971). Ese acto de conciencia tan particular que llamamos interpretación psicoanalítica se ejerce precisamente cuando, mediante la atención flotante, huyendo de la dirección habitual que el juicio nos propone, recorremos la senda caprichosa de la ocurrencia absurda, para volver enriquecidos con un sentido nuevo y diferente que adquiere la estructura del pensamiento racional (Chiozza, 1970m [1968]).

¿Qué tipo de proceso, si es que la idea de proceso se le aplica, constituye este articulado ignoto entre proceso primario y secundario que se parece al que existe entre importancia y diferencia (Chiozza, 1978e [1977])? ¿Cuál es la arquitectura que organiza su trama? Sólo a modo de comparación se justifica que enfrentemos con el nombre de “proceso terciario” (Chiozza, 1970m [1968]; Green, 1972) esta idea cuya conciencia nueva constituye una transformación en el “aparato para pensar” del hombre (Gebser, 1950, 1951).

Sin embargo, aquello que llamamos proceso secundario, y que ya no puede ser identificado con la culminación del pensamiento ni con la única manera de la facultad de conocer (Bateson, 1979; Waddington, 1977), no pierde por esto su valor. Los procesos de pensamiento lógico, que recorren las huellas, dejan facilitaciones como influencias perdurables. Nuestra mente funciona entonces como el lápiz que, al seguir el laberinto de una línea, imprime con su trazo una modificación en el dibujo, reforzando una parte de la trama y destacando una figura sobre un fondo.

Nos proponemos recorrer, en las páginas que siguen, un trayecto conceptual que atraviesa el núcleo de convergencia constituido por la neuralgia facial de Dora. Teniendo en cuenta este propósito hemos comparado la imagen que Freud transmite sobre Dora con la trama de un laberíntico y polifacético tapiz. No sólo porque en ese trayecto lineal abandonaremos muchos hilos y cortaremos muchos círculos en algún punto arbitrario, sino porque deseamos subrayar que no vale la pena acercarse a este hipotético

tapiz para seguir el hilo de un concepto, si omitimos alejarnos nuevamente hacia algún punto desde donde la contemplación del aspecto descubierto y “remarcado”, al fundirse nuevamente en la complejidad del conjunto, hace efectiva nuestra adquisición con un nuevo panorama atemporal.

Cómo Dora produce la neuralgia facial

I. Dora llegó a experimentar intensos deseos en su relación con el señor K, y reprimió dichos deseos porque la conciencia de los mismos se hubiera acompañado de un afecto displacentero, debido a las vicisitudes de su vida que configuraron su histeria.

Estos deseos reprimidos permanecieron insatisfechos y Dora experimentó entonces intensos sentimientos de venganza hacia el señor K, a quien ella atribuía inconcientemente tanto el origen del deseo como el origen de su sufrimiento por la insatisfacción.

Tales “impulsos de celosa venganza”, que también fueron reprimidos, entre otras razones porque la conciencia de los mismos hubiera amenazado con hacer consciente también los deseos insatisfechos anteriormente reprimidos, fueron los que la condujeron a propinarle una bofetada al señor K.

El acontecimiento de la bofetada, y los mismos sentimientos de venganza, debido a los deseos amorosos que Dora experimentaba hacia el señor K reactivaron en ella sentimientos de culpa y deseos de autocastigo que también fueron reprimidos, no sólo por su carácter penoso, sino también para mantener inconciente los otros elementos del mismo “complejo” asociativo (Freud, 1950a [1895]*; Chiozza y colab., 1966e).

II. Durante el tratamiento psicoanalítico, esos sentimientos de venganza, en lugar de ser recordados fueron “repetidos” de manera inconciente (Freud, 1914g*). Inconcientemente adheridos a la figura de K, fueron transferidos sobre la representación preconciente que Dora tenía de Freud; porque en el momento en que amenazaban hacerse conscientes mediante el tratamiento, Freud era la única persona que “estaba allí”. Es decir, la única persona cuya representación en el preconciente de Dora poseía los signos de cualidad sensorial que diferencian la percepción del recuerdo (Chiozza, 1970l [1968], 1977c).

Dicha transferencia fue simultáneamente reprimida por las mismas razones que determinaron la represión anterior, y permaneció desde entonces inconciente, ya que Freud comprendió sus vicisitudes cuando Dora ya había abandonado el tratamiento.

Todas estas fantasías pasaron a formar parte del complejo asociati-

vo original inconciente, y al “remordimiento” por la bofetada propinada a K se añadió entonces el remordimiento por la misma transferencia sobre Freud de los sentimientos de venganza.

III. Quince meses después de interrumpido el tratamiento, Dora leyó en un periódico noticias acerca del nombramiento de Freud como profesor (Freud, 1905e [1901]**), hecho que debió ser interpretado por ella como auspicioso y placentero para él. Se reactivaron entonces en Dora los sentimientos de venganza y con ellos todo el complejo consiguiente.

Mientras la idea original que constituye este complejo permanece como actualidad en el inconciente de Dora, el *quantum* del impulso, en lugar de descargarse en la forma o configuración del afecto original celos-venganza-culpa, se deriva o descarga a través de un fenómeno distinto: el dolor en la cara (Chiozza, 1975b, apdo. II). Es decir que dicho afecto original “desaparece” de la conciencia y sólo permanece, descargado de cantidad, como “estructura afectiva disposicional inconciente” (Freud, 1915e*).

El deseo de venganza y de castigo se realiza así de manera simbólica en la descarga sustituta que posee los componentes de acción motora que corresponden al afecto. El dolor que Freud consideraba, en sentido amplio, un afecto (Freud, 1926d [1925]*), es el producto de otra idea inconciente o “clave de inervación” (Freud, 1900a [1899]*, pág. 573) que constituye la “puerta de entrada” del suceso que se registra como somático.

Pero en esta distinta estructura disposicional afectiva inconciente que corresponde al dolor participa ahora, y en este caso particular, la huella de *un suceso que se realizó como acto materialmente ejecutado, a plena cantidad*, sobre el señor K y *sensorialmente percibido* por Dora: la bofetada que explica la localización del dolor (Chiozza, 1978f). Y participa también la huella de *otro suceso que se representó en el terreno del pensamiento, a pequeña cantidad*, sobre la imago de Freud, y fue “sabido” o conocido por Dora: la noticia leída que explica el momento de aparición del dolor¹⁷ (Chiozza, 1978f). *Uno y otro fenómeno quedan vinculados a través de un tercero: la transferencia*, que participa así en la producción del síntoma.

Vale la pena anotar aquí, de paso, que la transferencia se manifiesta también en los síntomas y no sólo a través del discurso verbal del paciente. Es

¹⁷ Es necesario preguntarnos ahora: ¿debemos atribuir a una coincidencia casual el hecho de que el factor que fue experimentado en el “universo del espacio físico” permita comprender la localización en el cuerpo y el factor que fue experimentado en el “universo del tiempo histórico” nos permita comprender el momento de la vida en que el dolor aparece?

claro que podría afirmarse que esta transferencia fue en su origen realizada sobre una representación cuyo epifenómeno se hallaba constituido por la palabra “Freud”, pero de lo que se trata es de comprender que dicha transferencia también hubiera sido posible de no mediar la existencia de la palabra.

El encuentro con Freud

Dos semanas después de aparecido el dolor, en una fecha que Freud no considera indiferente, Dora acudió a consultarlo. El motivo manifiesto de la consulta consistía en solicitar ayuda a causa de una neuralgia facial del lado derecho que la atormentaba día y noche. Freud pregunta entonces: “¿Desde cuándo?”, y Dora responde: “Exactamente desde hace dos semanas”. Freud consigna que, en este punto, “no puede reprimir una sonrisa” (Freud, 1905e [1901]), porque estaba en condiciones de demostrarle que precisamente hacía dos semanas ella había leído noticias sobre él en los periódicos, lo cual es confirmado por Dora.

Cómo Freud produce la sonrisa

En el preconciente de Freud determinadas representaciones reciben la transferencia (contratransferencia) de ideas inconcientes distintas que continúan reprimidas y que son reactivadas mediante su contacto con Dora y la transferencia que ella realiza.

Las ideas que permanecen inconcientes en Freud y que fueron reactivadas por el contacto con Dora son el “receptor” con el cual se capta lo inconciente del paciente (Freud, 1912e*) o el arpa que resuena de manera acorde con él (Racker, 1960).

Estas ideas inconcientes determinan oscuramente la pregunta “¿desde cuándo?”, que pertenece al mismo complejo asociativo del cual deriva también la emergencia del recuerdo sobre las noticias que el periódico publicara y la “ocurrencia” de que Dora debía haberlas leído.

No es aventurado suponer que cuando Freud, ante la respuesta de Dora, no puede reprimir una sonrisa, sucede que esta sonrisa se halla sostenida desde lo inconciente por la reactivación de la satisfacción que el niño experimenta frente al pecho gratificante durante la relajación que sobreviene después de la mamada. Y que esa satisfacción es reactivada por otra actual en la que participa la típica vivencia de descubrimiento que se agrega a la ocurrencia y la poderosa convicción que la acompaña, y que se extiende luego a la interpretación.

Tampoco es aventurado suponer que Freud intenta reprimir esta sonrisa por los sentimientos de culpa que experimenta frente a una satisfacción que, debido a la necesidad inconciente de compensar los anteriores sentimientos de fracaso, queda convertida en triunfo y equiparada de este modo con su propia venganza ante el abandono de Dora.

Las distintas variaciones de una misma “clave de inervación”, en el territorio preciso de un nervio, dan testimonio de la riqueza expresiva de la vida (Portmann, 1965). La bofetada sobre la cara de K conduce a la neuralgia sobre la cara de Dora, que conduce a la sonrisa sobre la cara de Freud. En un *crescendo* significativo que se independiza bruscamente de toda secuencia temporal, cuando el círculo se cierra, comprendemos de pronto que esa sonrisa de Freud satisfecho, no sólo representa sino que *es* aquella misma, eterna y revivida en cada hombre, que mereció la bofetada de Dora en la cara de K. Precisamente aquella que Dora, durante su lectura de las noticias del periódico, “ya sabía” que vería, y ya “había visto” en la cara de Freud.

Ese diálogo inconciente de las caras constituye aquí un representante circunscripto de aquel otro, igualmente atemporal, de la venganza y de la culpa, que “hermana” en dicho inconciente a Dora y a Freud. Esta atemporalidad se encuentra más allá del tiempo secundario que corresponde a la “crono-lógica”; es, en realidad, el campo del tiempo primordial, que integra el universo de la significación y del recuerdo. En este universo, entre la vivencia primaria de un transcurso y su contraparte, *la perpetuación eterna del pasado y la constante presencia del futuro*, se genera la noción de tiempo fundamental y de ciencia histórica genuina como recurrencia iterativa de una temática que constituye “un tiempo” cualitativamente significado y que es, en este caso, “*la hora de la venganza y la expiación*”.

La teoría que acompaña al dolor

La enfermedad es un ejemplo típico entre aquellos acontecimientos que pueden sorprender y desorientar a un ser humano. Por esta razón el hombre enfermo teoriza acerca de la enfermedad. Dora, a juzgar por lo que Freud transmite, aparentemente denomina “neuralgia facial” a su dolor en la cara.

Es decir que dicho suceso penetró en la conciencia de Dora asociado a ideas preconcientes que, además de ser distintas de las originales, inconcientes, y de implicar una teoría particular acerca de dicho trastorno (de

la cual no conocemos los pormenores en el caso de Dora), presupone la creencia de que *se trata de un suceso somático*.

Esta creencia puede ser comprendida, desde un punto de vista psicoanalítico, como *una forma de hacer y mantener inconciente el afecto original*. Freud, apuntando hacia aquellos afectos originales, piensa que la supuesta (Freud, 1905e [1901]) –o alegada (Freud, 1905e [1901]**)– neuralgia facial era un modo de autocastigo, de remordimiento por la bofetada propinada a K y por la transferencia sobre Freud de los sentimientos de venganza extraídos de aquel estado.

Llegamos así a una situación que es crucial. ¿Qué significa la palabra “supuesta” (o alegada) utilizada por Freud? La cuestión no radica, obviamente, en poner en duda el carácter somático de la afección. Freud no sólo se refiere, en más de una oportunidad, al dolor *físico* en la histeria (Freud y Breuer, 1895d*), sino que se ocupa repetidamente de interpretar, mediante el psicoanálisis (y su teoría acerca de la conversión lo prueba), fenómenos clínicos como la apendicitis o el catarro genital de Dora que se manifiestan como alteraciones materialmente comprobables.

La palabra “supuesta” debe aludir por lo tanto al hecho de que la génesis, el origen o la causa de la afección de Dora no son los de la neuralgia “verdadera”. Sin embargo, si profundizamos en el estudio de esa pretendida “neuralgia verdadera”, nos encontramos con dos importantes circunstancias que han llegado a constituir principios generales y que relativizan la discriminación que hemos supuesto en Freud.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que el recorrer en sentido ascendente una cadena causal nos conduce fatalmente a un factor desconocido, que pone en crisis este pensamiento y lo transforma en aquel otro, ya señalado por Freud, acerca de que lo que aparenta ser la causa no es más que una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de una enfermedad.

En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, el hallazgo de una condición necesaria no nos autoriza a establecer afirmaciones unilaterales acerca del ser somático o psíquico de una afección (Chiozza, 1976g [1975]). Menos aún justifica que abandonemos la investigación o la interpretación del fenómeno en el otro terreno, complementario, pero no excluyente, con respecto a la primera condición hallada.

La discriminación que Freud parece realizar con respecto a la neuralgia verdadera o supuesta nos parece por esto tan injustificada como superficial. Ocurre que una vez interpretado un fenómeno somático, como por ejemplo sucede con la epífora, en la cual podemos descubrir el significado del llanto (Chiozza y colab., 1970p [1968]; Chiozza, 1975c), éste

aparenta perder su carácter somático en la medida en que se lo reconoce como fenómeno psíquico.

Como consecuencia de las afirmaciones anteriores, y apoyándonos en otros desarrollos (Chiozza, 1974a [1972], 1976a, 1976d [1974], 1978f), concluimos que:

Nos encontramos ante un fenómeno somático cada vez que nuestra conciencia nota *una cosa presente, perceptible* mediante los sentidos o sus prolongaciones instrumentales. En este mundo físico, cuyos elementos son los *objetos derivados de la percepción*, resultan especialmente válidos los principios de relación causa-efecto que configuran los llamados mecanismos y que solemos extrapolar secundariamente al mundo de lo psíquico.

Nos encontramos ante un fenómeno psíquico cada vez que nuestra conciencia nota una importancia actual, recordable mediante la memoria o sus prolongaciones en forma de textos y archivos transindividuales, sean concientes o inconcientes. En este mundo histórico, cuyos elementos son *los valores derivados del recuerdo*, está presente de modo especial la relación de significación que configura la función de representación simbólica y que solemos extrapolar secundariamente al mundo físico.

Estamos ahora en condiciones de comprender qué modo de inconcientización (en su doble connotación de hacer y mantener inconciente) es aquel que se constituye mediante lo que llamamos, desde nuestra percepción, “enfermedad somática”. Es un modo caracterizado por el hecho de que la relación de significación original, en lugar de ser sustituida por otra relación de significación diferente, como ocurre en la neurosis clásica, es sustituida, en cambio, por una relación causa-efecto, pretendidamente asimbólica, en la cual, en última instancia, hacemos participar al azar, azar que, al mismo tiempo que encubre, representa el reconocimiento inquietante del carácter inabarcable que posee la trama.

El influjo terapéutico y la interpretación

La interpretación no constituye realmente un producto de la “deducción a partir de la contratransferencia”, sino el resultado espontáneo de una labor que, descriptivamente, se realiza de manera inconciente, en un psiquismo preparado por el vencimiento de anteriores represiones, cuando, mediante la atención flotante y la regla de la abstinencia, se envían en dirección retrógrada los procesos de excitación (Chiozza y colab., 1966b).

La organización conceptual que acerca de la situación de Dora se forma en el sistema conciente-preconciente de Freud es, según vimos, un de-

rivado del complejo asociativo de “venganza-culpa” reactivado en Freud por el contacto con Dora y similar al de ella.

Basados en la experiencia aportada por otros enfermos y en diversas elaboraciones teóricas (Chiozza, 1970*q*, 1974*a* [1972], 1974*c*) podemos afirmar que las ideas preconcientes que conforman cualesquiera de esas teorías (ya sean de Dora, de Freud o de un hipotético neurólogo, e independientemente de cuál sea el grado de verdad que les asignemos) son derivados más o menos lejanos de aquellas ideas inconcientes reprimidas, y constituyen por lo tanto, además, un camino de acceso a las mismas.

El descubrimiento que Freud realiza acerca de Dora puede ser “contagiado” a esta última mediante la comunicación verbal que “hace común” (Chiozza, 1970*q*) ese descubrimiento. Esto equivale a decir que la comunicación verbal que denominamos habitualmente “interpretación” tiende a vencer la represión y a modificar la transferencia y la descarga afectiva, puesto que el hacer verdaderamente partícipe a Dora del descubrimiento de Freud sólo puede ser realizado a través de esos procesos.

Freud, en lugar de comunicar a su paciente las ideas descubiertas por el análisis, elige, en este momento particular, a mitad de camino entre el vínculo psicoanalítico y el de la vida cotidiana, responder a estas ideas inconcientes asegurando a Dora que le ha perdonado el haberlo privado de la satisfacción de libertarla más completamente de sus dolencias.

Reparemos en que Freud puede expresarse de esta manera precisamente en el momento en el cual transcurre una modificación en la contratransferencia, que transforma su sentimiento de fracaso en satisfacción y que le permite, si no reprimir, por lo menos disminuir el carácter triunfal de su sonrisa.

Si admitimos que la transferencia de Dora codetermina la contratransferencia de Freud, debemos también admitir que un cambio en la contratransferencia de Freud tenderá a modificar la transferencia de Dora mediante un proceso similar, y que esta modificación actuará sobre la represión y la descarga afectiva.

Ese proceso se produce a través de una influencia directa de inconciente a inconciente que trasciende a la interpretación verbal aunque no la sustituye, así como la palabra tampoco puede sustituir por sí sola a esta influencia compleja que constituye la esencia de la terapéutica (Chiozza, 1970*l* [1968], 1976*c* [1971]). Debemos tener presente, sin embargo, que el campo de acción del pensamiento verbal se muestra todavía privilegiado en su eficacia para la mutación de la contratransferencia (Chiozza, 1970*l* [1968], 1972*b*).

La técnica y el arte de psicoanalizar

A partir del estudio de la neuralgia de Dora hemos visto que la teoría que acompaña al dolor, ya sea del paciente, del neurólogo o del psicoanalista, no sólo es un derivado de lo inconciente, sino que, en un sentido amplio, constituye al mismo tiempo una interpretación. En un sentido restringido, y formando parte de nuestra jerga profesional, interpretación es aquella parte de la teoría del psicoanalista que éste comunica verbalmente a su paciente.

Sea que pensemos que psicoanalizar es ir enunciando verbalmente estas interpretaciones o que, en cambio, se trate de algo más, de uno u otro modo, psicoanalizar es una forma o manera del hacer cuya realización implica un tipo de saber que puede enseñarse y aprenderse como un conjunto de normas que se estudian y discuten bajo el título general de “teoría de la técnica”.

Nadie se atrevería a negar, sin embargo, que psicoanalizar, además de una técnica, es un arte. Pero la palabra “arte”, rodeada de una aureola de prestigio, adquiere el significado de una manera difícil y arcana, inefable y personal, que a partir de una capacidad innata, se adquiere con los años. En el fondo, más que en el ejercicio de un arte pleno, se piensa en una artesanía, y este reconocimiento de un “componente artístico” en nuestra profesión se utiliza, inconcientemente, sólo para repartir o negar oscuros méritos de una manera arbitraria.

De uno u otro modo, lo artístico permanece fuera de la ciencia y, por lo tanto, si bien se está poco dispuesto a negarle a nuestro hacer la dignidad del arte, la palabra “arte” engendra desconfianza y no se considera demasiado en serio la posibilidad de pensar en el arte cuando de nuestra labor se trata. Nuestro ideal actual predominante es la técnica. Una técnica clara, precisa, cuya teoría pueda plantearse en normas inequívocas, que pueda transmitirse en textos y discursos exentos de toda hermenéutica, y que, privada de sentidos arcanos, pueda *formularse*.

Ha dejado de ser una novedad, sin embargo, que, fuera del psicoanálisis, el ideal constituido por la técnica se halla hoy en crisis. Esto obedece a profundas razones que vinculan a la técnica con el pensamiento lógico y con la ciencia, su hermana mayor, concebida, durante el período de su más espléndido desarrollo, como ciencia natural, derivada, en última instancia, de la ciencia física. Física, lógica y técnica han rendido magníficos frutos y, precisamente por esto, nos han hecho comprender sus límites. Ha sido justamente la magnitud de ese desarrollo lo que nos ha enfrentado con la certeza de su unilateralidad y su insuficiencia para abarcar el universo del hombre.

Es por la misma razón comprensible que, en el terreno de nuestra disciplina, en el cual los productos obtenidos con la técnica no han alcanzado el

mismo grado de espectacularidad, esta crisis de la organización epistemológica no se haya hecho presente con la misma intensidad. Así como el aparato psíquico no es en última instancia un aparato, o los mecanismos de defensa no son en última instancia mecanismos, la técnica terapéutica no es de veras una técnica, y, en aparente paradoja, es este insuficiente desarrollo técnico del psicoanálisis aquello que nos ha impedido llegar a palpar con claridad los límites implícitos en una concepción técnica de nuestro quehacer.

Mi camino personal hacia el hacer conciente la insuficiencia de dicha concepción estuvo jalonado por las siguientes etapas:

En 1968 (Chiozza, 1970*m* [1968], 1970*l* [1968]), tomando en cuenta los nuevos desarrollos que trascienden el campo de la lógica y del pensamiento racional (Gebser, 1950, 1951), tuve necesidad de plantear la existencia de un proceso terciario y sostener que idea y afecto podían ser considerados como una y la misma cosa contemplada desde diferentes ángulos de observación.

En 1972 (Chiozza, 1974*a* [1972]), y a partir de la metapsicología freudiana, llegué a pensar en la existencia de dos organizaciones del conocimiento en la conciencia, que constituyen las nociones del cuerpo y la psiquis. En 1976, prosiguiendo con este último planteo, mi interés recayó en la manera en que se establecen las nociones *primordiales* de tiempo y espacio (Chiozza, 1976*a*).

Durante el período comprendido entre 1972 y 1976 se hizo evidente para mí que una de las dos organizaciones epistemológicas fundamentales del hombre era la *física*, constituida por las nociones de materia, espacio, cuerpo, naturaleza, ser, cantidad y medida, como productos de la percepción, y cuya estructura predominaba en la ciencia, dando lugar a la técnica como desarrollo derivado del ejercicio de la mano. Y también que la otra organización conceptual, que constituye la *historia*, permanecía subyugada a la idea de un tiempo físico, secundario, como mera enunciación cronológica, en lugar de desarrollar plenamente sus nociones, equivalentes y contrapuestas a las anteriores, de idea, tiempo, psiquis, cultura, padecer, calidad y significado, que dan lugar al arte como desarrollo derivado del enunciado de la palabra o el símbolo.

Mientras que la física compone su teoría con nociones que encuentran una correspondencia más o menos aceptable con cada uno de los elementos o variables en que cierto tipo de realidad tolera ser descompuesta, no todo objeto de conocimiento puede ser tratado de este modo. En el terreno que constituye el tema de la historia, las variables forman parte de una estructura *gestáltica* que pierde sus propiedades si intentamos descomponerla en sus pretendidos elementos constitutivos.

Contemplando desde estos conceptos y a un mismo tiempo la estructura de la teoría freudiana y el edificio entero de los conocimientos psicoanalíticos, surgió por fin la evidencia de que junto al modelo implícito en la metapsicología configurada mediante una tópica, una dinámica y una economía, Freud fue construyendo nociones “históricas” que no pudo reunir en un cuerpo teórico integrado.

No se trata solamente de palabras como “reedición” o “censura”, que son equivalentes a “transferencia” y “represión”, pero que en lugar de referirse como estas últimas a fuerzas o cantidades denotan actividades humanas, sino también de su sorpresa, hecha conciente y explícita, ante el carácter literario de sus historiales (Freud y Breuer, 1895*d**), o más aún, de la presencia ubicua del concepto “interpretación”.

Teniendo en cuenta que Freud trazó su metapsicología sobre el modelo de la metafísica (Laplanche y Pontalis, 1967), para aludir a un más allá de la psicología, me pareció adecuado referirme con el nombre de “metahistoria” (Chiozza, 1976*a*) a este segundo grupo de conceptos, que reunidos podrían constituir un más allá de la historia bajo la forma de una meta-teoría.

Antes de abandonar la contraposición entre técnica y arte para iniciar un camino hacia una teoría del arte psicoanalítico, es necesario profundizar algo más.

Las cosas se establecen primariamente como cuerpos concretos y materiales mediante la percepción sensorial y el movimiento que constituyen el acto. De modo secundario y no riguroso puede hablarse de “cosas abstractas”, que no son sino conceptos o imágenes, es decir representaciones eidéticas o ideales de las cosas materiales.

Las importancias se establecen de un modo primario como valores abstractos y eidéticos o ideales mediante el deseo y el recuerdo que constituyen el presente. De modo secundario y no riguroso puede hablarse de “importancias concretas” o “valores concretos”, que no son sino objetos, ídolos o fetiches, es decir representantes materiales de los valores o importancias eidéticas o ideales.

Del mismo modo que todo acto compuesto por la unidad de percepción sensorial y movimiento involucra un presente compuesto por la unidad del deseo y recuerdo, y que todo presente es actual, es decir que lleva implícito un acto constitutivo que, por más inconciente que sea, se manifiesta en acción, las cosas sólo pueden ser diferenciadas como consecuencia de sus importancias y las importancias sólo pueden constituirse mientras son atribuidas a las diferencias entre las cosas.

La mano, que nos vincula con el acto “físico”, y la palabra, que nos vincula con el presente “histórico”, constituyen así desarrollos paralelos

interconectados que, de modo predominante pero no exclusivo, se arrojan la representación respectiva del mundo de las cosas y de las importancias.

Durante una época bien definida del desarrollo humano la tarea magna consistió en transformar la inermidad del hombre frente a la naturaleza en poder. Mano, herramienta, técnica, ciencia física y lógica son los jalones de este desarrollo. El poder técnico del hombre, que es hoy impresionante, llegó muy pronto a su óptimo y lo superó, precipitándonos en multitud de efectos colaterales que constituyen en nuestros días un constante motivo de preocupación y codeterminan nuestro ingreso en lo que se denomina una crisis axiológica.

Durante la última época de este desarrollo, el norte de nuestra vida racionalmente encarada se caracterizó por la tendencia “lineal” hacia la adquisición y el dominio de las cosas. Esta ha sido la representación predominante acerca de nuestro bienestar (Bateson, 1972; Waddington, 1977).

Como producto de nuestro éxito en el trato con las cosas, de nuestro saber predominante acerca de “cómo se hacen las cosas”, sucumbimos muy a menudo a la tentación de “manipular” los valores, de tratar a las importancias como si fuesen cosas, en nuestro afán de poder con ellos con idénticas maneras. Esto constituye un error, una ilusión, característica de nuestra época, ya que, para decirlo en las palabras de Pascal, “hay razones del corazón que la razón no entiende”.

Embarcados en esta confusión acerca de las importancias, tomamos valores concretos tales como dinero, títulos o contratos legalmente establecidos, que no son sino representantes materiales de los valores abstractos e ideales, como si realmente fueran estos últimos a los cuales sólo representan. Esta “ecuación simbólica” nos permite la ilusión de que podemos hacer con los valores lo mismo que hacemos con las cosas, nos permite creer que podemos recurrir para su trato al enorme recurso de la técnica.

Así, cuando nos parece que podemos adquirir y atesorar los valores como si se tratara de cosas, y que podemos “manejarlos”, aumentamos ilusoriamente nuestro sentimiento de poder. Pero las consecuencias de esta confusión son graves; lenta e inexorablemente, y en la misma medida en que aumenta la cantidad de cosas poseídas y nuestro dominio sobre ellas, éstas pierden progresivamente su auténtica importancia y nuestra vida se distorsiona o pierde su sentido.

En la medida en que dominamos el espacio en el cual habitan los cuerpos materiales, el tiempo, degradado a un mero tiempo físico que transcurre y afecta a la materia, se vuelve cada vez más aterrador y amenazante. Mientras el espacio y la materia se convierten en los amigos del hombre, el tiempo y las ideas pasan a ser los villanos de la escena, y se

intenta otra vez manipularlos como si fueran cosas, que pueden adquirirse o dominarse con la mano.

Hacia una teoría del arte psicoanalítico

El camino que hemos recorrido sobre el historial de Dora nos ha dejado algunas enseñanzas. El desarrollo metapsicológico “lineal” que parte del establecimiento de nociones elementales sólidas, tales como la de huella mnémica o catexis, nos conduce hacia la configuración de una técnica interpretativa cuya supuesta finalidad consiste en destejer lo tejido, y en el cual identificamos con comodidad sus componentes en términos de objetos o mecanismos.

La contemplación panorámica del dibujo que esta línea traza en el plano y que aparece de pronto, en un salto cualitativo sorprendente, como un “relieve” atemporal, nos conduce en cambio a la comprensión de un *tema* misterioso, que se presenta en el título de la “eterna sonrisa”, o en el no menos subyugante de “la venganza y la culpa” como drama que trasciende al individuo y en el cual todos convivimos inmersos, transitando alternativamente los dos términos del sempiterno círculo.

Esta segunda temática, metahistórica, no se compone de elementos sino de configuraciones complejas que sólo se descomponen fugazmente lejos de la conciencia y en el momento de sus permutaciones simbólicas (Chiozza, 1978*i*, 1980*c* [1977-1978-1979]). Pero estas estructuras complejas también pueden y deben ser pensadas, constituyendo una teoría que pueda ser enseñada y aprendida a través de nociones comunicables.

Ese conjunto teórico, como se hace evidente, no cabe entero en el concepto de técnica. Precisamente por esto suele incurrirse en el error de creer que no es teorizable y pertenece al terreno confuso de las sutiles capacidades artísticas de cada individuo. Nos olvidamos de que existe una teoría del arte y de que ya va siendo hora de que los psicoanalistas tracemos las coordenadas de la nuestra.

La pintura y la música, para tomarlas como ejemplo, han delineado con claridad esta distancia entre las dos formas de teoría. Existe en ambas una teoría para la técnica de un ejercicio que queda emparentado, de un modo más o menos cercano, con el ejercicio manual, y existe una otra teoría que alude a la composición musical o pictórica, a la configuración de sonido o color como *forma que se transforma en temática*.

No es esta la ocasión para delinear o identificar los componentes de la teoría de nuestro arte, dado que nos hemos dedicado a introducirnos en ella

y tomar conciencia de su inexorable necesidad. Sólo nos resta señalar que, así como el pensamiento lógico bifurcó, en su hora, a la antigua magia en ciencia y religión, la finalización de su reinado, que en nuestros días se inicia, nos conducirá, desde una epistemología que trasciende el concepto de ciencia y también el de religión, hacia una nueva forma de cultura dentro de la cual el psicoanálisis y el arte no existirán separados.

Nuestro psicoanálisis *creativo* no será sin el arte, del mismo modo que la creación artística, en nuevas e insospechadas formas polisensoriales complejas, no será sin el psicoanálisis. La expresión “arte psicoanalítico” reúne, en su ambigüedad pletórica de simientes, ambos sentidos.

No bien hemos concebido una tal posibilidad, tropezamos ya con un primer ejemplo de la intrincada unidad de las formas. Weizsaecker (1946-1947) sostiene que nuestra actitud frente a la enfermedad (conducida, esta actitud, por una concepción inconcientemente derivada, en mi opinión, del sacar y poner, físico y técnico, que realiza la mano) ha sido siempre la de “Fuera con ella”, pero que en cambio debería ser la que expresa la frase “Sí, pero no de este modo”. Cuando recordando el magnífico trabajo de Racker (1957*b*) comprendemos que la música, derivada del ritmo que inaugura el presentimiento (Chiozza, 1979*d* [1978]), consiste precisamente en contrariar y acceder, de manera inesperada y diferente, a ese ritmo presentido, comprendemos de pronto, también, que su estructura corresponde exactamente a la frase “Sí, pero no de este modo”.

Resumen

Eidon, N° 9, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, pág. 26.

Luego de realizar algunas consideraciones sobre la existencia de un proceso “terciario” que vincula los procesos primario y secundario durante la actividad del pensamiento, se abordan, a partir del estudio de la neuralgia facial de Dora, las vicisitudes que conducen a la formación de un síntoma “somático” y las relaciones existentes entre contratransferencia e interpretación. Sobre la base de este material, analizado desde un punto de vista metapsicológico, se estudia la constitución de un esquema de pensamiento que corresponde al desarrollo de una metateoría acerca de la historia, es decir de una metahistoria.

Teniendo en cuenta que metapsicología y metahistoria forman parte de dos organizaciones diferentes del conocimiento en

nuestro sistema conciente, las cuales, a través de la constitución de la física y de la historia, derivan de la construcción de las nociones primordiales de espacio y de tiempo, se plantea a continuación la necesidad de desarrollar una teoría del arte psicoanalítico como complemento de la teoría de la técnica. El desarrollo de una técnica psicoanalítica, estructurada como un conjunto de procedimientos tendientes a la prosecución de un fin específico, traza el marco de un “espacio” que solicita una teoría del arte psicoanalítico, dirigida a comprender de una manera coherente la tarea del psicoanálisis, en tanto esta tarea es una permanente actividad creadora que se manifiesta como polifacética transformación simbólica.

**LA INTERPRETACIÓN DE LA
TRANSFERENCIA Y LA
CONTRATRANSFERENCIA**

(1998 [1978-1979])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1998j [1978-1979]) “La interpretación de la transferencia-contratransferencia”.

Primera edición en castellano

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 111-123.

El primer apartado de este artículo, titulado “La realidad psíquica y la realidad material”, corresponde a una versión reescrita de las intervenciones de Luis Chiozza en “Mesa redonda sobre el concepto de fantasía” (Abadi, Baranger, Chiozza y De Gregorio, 1978d [1977]), en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1977. Esta versión se publicó luego independientemente (Chiozza, 1995i [1979]).

Los apartados segundo, tercero, cuarto y quinto corresponden al contenido de “Patología de la transferencia y la contratransferencia” (Chiozza, 1978e [1977]).

Todo el contenido del artículo, junto con “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia” (Chiozza, 1979i), como apartado sexto, formaron parte de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]).

La realidad psíquica y la realidad material

En la segunda edición de 1909 de *La interpretación de los sueños*, en el capítulo “Psicología de los procesos oníricos” Freud (1900a [1899]**) escribe: “¿Debemos atribuir *realidad* al deseo inconciente? No lo sabría decir. Debemos negársela, por supuesto, a cualquier pensamiento transicional o intermediario. Si contemplamos al deseo inconciente reducido a su más fundamental y verdadera forma, deberemos recordar que, sin duda, también la realidad *psíquica* posee más de una forma de existencia”¹⁸.

En 1914 Freud corrige el texto de la siguiente manera: “...deberemos concluir que, sin duda, la realidad psíquica es una particular forma de existencia que no debe ser confundida con la realidad de los hechos”¹⁹.

En 1919 vuelve a modificar la frase y reemplaza “realidad de los hechos” por “realidad material”²⁰.

Dejando de lado las interesantes consideraciones a que puede dar lugar la primera parte de este texto, queremos preguntarnos ahora a qué se debe la última sustitución. Parece lícito suponer que entre las formas de existencia,

¹⁸ “Whether we are to attribute *reality* to unconscious wishies, I cannot say. It must be denied, of course, to any transitional or intermediate thoughts. If we look at unconscious wishes reduced to their most fundamental and truest shape, we shall have to conclude, no doubt, that *psychical* reality too has more than one form of existence” (Freud, 1900a [1899]**, pág. 620).

¹⁹ “...psychical reality is a particular form of existence not to be confused with factual reality” (Freud, 1900a [1899]**, pág. 620).

²⁰ “...psychical reality is a particular form of existence not to be confused with material reality” (Freud, 1900a [1899]**, pág. 620).

Freud distingue una que denomina “realidad”, y que entre las formas de realidad, existe una, la “realidad psíquica”, cuyo par conceptual, que permite contrastarla, no se encuentra en la realidad de los hechos sino en la realidad material. Conociendo los enunciados que Freud (1950a [1895]*) realiza en su “Proyecto de psicología”, especialmente aquellos que le permiten distinguir entre necesidad y deseo, esta suposición adquiere mayor fuerza. También nuestra costumbre de llamar “material” al objeto de la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1974c) adquiere un mayor significado.

En todo el desarrollo teórico freudiano se hallan, a veces explícitas, pero mucho más frecuentemente implícitas, dos maneras de realidad, o, si queremos expresarnos más correctamente, de la existencia, ya que la palabra “realidad”, derivada de *res*, que significa “cosa” (Corominas, 1961), se presta mucho mejor para designar sólo a una de estas dos existencias. Una de ellas es sensorialmente percibida, y le pertenecen las nociones de acto, descarga, materia, cosa y naturaleza. La otra es “vivenciada”, y pertenecen a ella las nociones de recuerdo, afecto, idea, significado y cultura. De más está decir que así como a partir de la primera se organiza un tipo de conceptualización que constituye la física, la segunda da lugar a la historia. La presencia en el recuerdo, la de la imagen, la representación, el símbolo o la palabra (que en el caso de “pan”, por ejemplo, evoca, alude, conjura, indica o determina la presencia sensorial de la cosa comestible mientras permanece ella, en sí misma, incomestible), es una *presencia-en-ausencia de la cualidad sensorial*, que caracteriza a la *re-presentación “histórica”* como manera del existir que se opone a la que constituye la *presencia física*. Es obvio que la capacidad que posee el psicoanálisis (y no sólo el psicoanálisis, sino también el espíritu humano en su conjunto) para cambiar la realidad material, no depende solamente de la posibilidad de materializar las ideas, sino también de la posibilidad de “idealizar” a la materia, es decir de captar o abstraer de esa materia las ideas que la configuran o que permiten comprenderla como una estructura.

Los fructíferos desarrollos que constituyen las ciencias naturales se estructuran, como organización conceptual, a partir del trato sensorial con los cuerpos materiales que constituyen el mundo que denominamos “físico”. La ciencia física no sólo es producto y fundamento de este tipo de contacto y conocimiento, sino que, junto a la noción primaria de un espacio “físico” que es patente a los sentidos, establece la noción de un tiempo “físico” o tiempo “objetivo”, al cual, lamentablemente, queda subordinada, como ciencia, la historia.

Suele pasar inadvertido el hecho de que la noción de tiempo, al contrario de lo que sucede con la noción de espacio, no deriva primariamente del

ejercicio de una percepción, sino de una vivencia que lleva implícita, de un modo sobresaliente, la facultad de recordar. Mientras que el recuerdo interviene en la percepción de la materia para el reconocimiento de los cuerpos, pero no resulta esencial para la comprobación de su presencia, la vivencia de tiempo es inconcebible sin la participación del recuerdo. Así como el espacio psíquico se construye de modo secundario como un espacio imaginario sensorialmente imperceptible, el tiempo físico se constituye, también de manera secundaria, mediante la “objetivación” de una vivencia de tiempo primordial, que se materializa en el espacio medible de un aparato físico que, sea natural o artificial, se constituye en cronómetro.

Freud (1920g) afirma explícitamente que nuestra abstracta idea del tiempo se basa en el ejercicio de nuestro sistema preconiente, y que lo inconciente es atemporal. Cesio (1965b) ha mostrado, a través de una revisión bibliográfica, que estas ideas de Freud recorren en su obra una trayectoria que abarca desde 1897 hasta 1933. Pero más allá de estas afirmaciones que nos dan cuenta de las profundas reflexiones de Freud al respecto, el psicoanálisis todo se halla impregnado de una diferente concepción de la historia. En el campo de trabajo de un psicoanalista, la realidad histórica no se encuentra en el antecedente referido y ubicado en el contexto de un universo físico. El registro de una secuencia causa-efecto, que constituye el enfoque genético, por más pluridimensional que sea, y aunque pueda ser útil y valioso, será siempre una construcción secundaria e indirecta, que no alcanza de pleno derecho el estatuto de una “realidad” histórica.

Por este motivo comparto la objeción, que alguna vez le he escuchado a Willy Baranger, acerca de que la expresión “histórico-genético” lleva implícita una contradicción en sus términos. Retomaré aquí, en términos más precisos, ideas que expuse en un trabajo anterior (Chiozza, 1984b [1967-1970]). En el campo de trabajo de un psicoanalista la “realidad” histórica está y es presente en la transferencia-contratransferencia, y ese presente se transforma momentáneamente, mediante la interpretación, en un recuerdo y un relato que constituye genuinamente a la historia. El grado de coincidencia de este recuerdo, o este relato, con el llamado “pasado objetivo”, es teóricamente incognoscible. Además, los acontecimientos “pasados” sólo constituyen historia en función de un significado. Puesto que a partir de nuestro campo de trabajo no tenemos acceso directo a la realidad material “antecedente”, no podemos saber, sino tan sólo suponer, de qué modo “significó” esta realidad pretendidamente pretérita. Lo único que podemos afirmar “objetivamente”, aplicando en un contexto más amplio el razonamiento que llevó a Freud al descubrimiento del carácter encubridor de algunos recuerdos, es que la “historia objetiva” es presente en una

totalidad inabarcable, mientras que el recuerdo, todo recuerdo de aquello que “ocurrió”, sea del paciente o del psicoanalista, es una representación o apariencia de aquello que está ocurriendo actualmente.

Yo creo que los desarrollos que Freud realizó en la noción de fantasía, sobre todo a partir de su concepción del *proton pseudos* y de su reconsideración acerca de la realidad de los episodios de seducción referidos por sus pacientes, son inseparables de este cambio de acento en la objetividad de la historia que, por “misteriosa” coincidencia de una época, se delinea claramente en Ortega y Gasset (1928, 1934, 1935).

Dos esquemas teóricos complementarios para una teoría de la transferencia

Antes de progresar en el tema de este apartado es importante aclarar que la noción de contratransferencia, desde las primeras postulaciones freudianas (Freud, 1910*d*) hasta el estudio de sus “significados y usos” con el cual Racker (1953) enriqueció la teoría, cabe entera, sin que pueda considerarse seriamente alguna oposición teórica, en el concepto de transferencias recíprocas que López Ballesteros, de manera no rigurosa y aparentemente fortuita, introduce en su traducción castellana del original alemán. Dicho en otras palabras: la transferencia y la contratransferencia forman parte del proceso de transferencia-contratransferencia que (incluyendo sus aspectos de interrelación recíproca) puede ser comprendido en un campo conceptual unificado, en una teoría de la transferencia dentro de la cual la palabra “contratransferencia” señala el “lugar” o el “tipo de función” a través del cual el fenómeno general se manifiesta en un miembro particular de la pareja psicoanalítica. Numerosos autores comparten, explícita o implícitamente, este planteo (Racker, 1960; Baranger y Baranger, 1961; Cesio, 1965*b*, 1970*a*; Aberastury y otros, 1966; Chiozza y colab., 1966*e*; Chiozza, 1970*l* [1968]).

Comencemos por repetir la afirmación, señalada por Cesio (1966*b*), de que existen dos definiciones acerca de la transferencia, proporcionadas por Freud casi al mismo tiempo. De la primera, expuesta en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900*a* [1899]), suele decirse a menudo, y de un modo que introduce distorsiones innecesarias, que se refiere a la transferencia “endopsíquica”, cuando en realidad corresponde a una descripción metapsicológica de la transferencia. De la segunda, expuesta en el epílogo del historial de Dora, suele decirse que se refiere a la transferencia “clínica” como si se tratara de una distinta transferencia y no de un punto

de vista teórico distinto que completa y enriquece la contemplación del fenómeno unitario al cual la primera definición también se refería.

Aquí tenemos la primera definición: "...la representación inconciente es absolutamente incapaz, como tal, de llegar a lo preconciente. Lo único que puede hacer es exteriorizar en él un efecto enlazándose con una representación preconciente no censurable, a la que transfiere su intensidad y detrás de la cual se oculta" (Freud, 1900a [1899], pág. 557).

Si de acuerdo con Freud (1915e) entendemos por metapsicología la descripción de un proceso psíquico en sus relaciones dinámicas, tópicas y económicas, es evidente que esta definición es esencialmente metapsicológica. En cuanto a la cuestión acerca de a "cuál" transferencia se refiere, veamos en primer lugar cómo el texto continúa: "Este hecho, al cual damos el nombre de transferencia, contiene la explicación de muchos singulares procesos de la vida anímica de los neuróticos" (Freud, 1900a [1899], pág. 557).

Volvamos ahora sobre la segunda: "¿Qué son las transferencias? Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos concientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra de nuevo vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con la persona del médico" (Freud, 1905e [1901], págs. 654-655).

El lenguaje es aquí otro. Excepto por una referencia colateral a los impulsos, ninguna palabra nos conduce en este caso a pensar en una dinámica, una tópica o una economía. Sin embargo, como dijimos antes, no es lícito suponer que esta vez Freud se refiere a una transferencia "clínica" que es "otra" transferencia. Si por transferencia "clínica" debemos entender la descripción del fenómeno "tal como se observa en la clínica", debemos aclarar enseguida, una vez más, que, en realidad, lo que observamos en la clínica depende siempre de la teoría con la cual nos acercamos al objeto y lo procesamos. No se trata aquí, por lo tanto, de la observación de otra transferencia, sino de la utilización de un lenguaje diferente que presupone una organización conceptual distinta de la metapsicológica. Distinta no significa aquí contradictoria. Si cupiera alguna duda acerca de que se trata de una misma transferencia, podemos recurrir todavía al examen del primer texto, unos pocos años anterior a los citados, en el cual Freud se refiere al suceso que llama "transferencia".

"La transferencia al médico se lleva a cabo por medio de una falsa conexión" dice Freud en "Psicoterapia de la histeria", y enseguida agrega: "Primeramente, había surgido en la conciencia de la enferma el contenido

del deseo, sin el recuerdo de los detalles accesorios que podían situarlo en el pasado, y el deseo así surgido fue enlazado, por la asociación forzosa, dominante en la conciencia, con mi persona, de la cual se ocupaba el pensamiento de la enferma en otro sentido totalmente distinto. Esta falsa conexión despertó el mismo afecto que en su día hizo rechazar a la enferma el deseo ilícito” (Freud y Breuer, 1895*d*, pág. 128).

Asistimos aquí (en este esbozo teórico preliminar a la definición de las dos formulaciones posteriores) a la utilización combinada de ambas organizaciones conceptuales. Junto a la que recibe el nombre de “metapsicología” encontramos aquella otra que nos falta definir y denominar. Hagamos un acopio de sus términos. En la definición que pertenece al epílogo del historial de Dora (Freud, 1905*e* [1901]) encontramos palabras como “reediación”, “fantasía”, “despertar”, “desarrollo”, “sustitución”, “persona”, “vida” y “pasado”. Esto no evoca la imagen de un aparato que funciona como un mecanismo impulsado por fuerzas; conduce en cambio a la idea de una relación entre sujetos humanos que experimentan las vicisitudes de una vida, es decir que “vivencian”. Laplanche y Pontalis (1967) afirman que Freud, como él mismo lo expresara, construyó su metapsicología sobre el modelo de la metafísica. Esta comparación se refiere a un “más allá” de la psicología que constituye lo que hoy denominamos una metateoría. El modelo que Freud utilizó para su metapsicología fue tomado de las ciencias naturales, lo que equivale a decir que, en última instancia, fue tomado de la física. Pero en aparente paradoja, Freud construyó de este modo al mismo tiempo una metateoría acerca de la física, revitalizando, sin haberse-lo propuesto y sin hacerlo explícito, la noción griega de *physis* sobre la cual se establece la metafísica (Marías, 1954). Si comparamos con ésta a la otra parte de su organización conceptual, que nunca fue reunida por él en una exposición sistemática y que permaneció innominada, no cabe duda de que constituye una metahistoria. Esta incipiente y mal trazada metahistoria se nutre tanto de las sorpresas que él mismo experimentaba ante el carácter literario de sus propios historiales (Freud y Breuer, 1895*d*) como de los fundamentos teóricos iniciados en “Recuerdo, repetición y elaboración” (Freud, 1914*g*). Al usar la palabra “metahistoria” (Chiozza, 1976*j*) para designar esta conceptualización metateórica que se halla implícita en la noción de transferencia como reediación que sustituye al recuerdo, pero que Freud no llegó a formalizar, debemos aclarar que el uso de la palabra “historia” en este contexto pretende reivindicar el derecho de la historia a independizarse de la noción de tiempo que la física aporta. (Tal vez por esta y por otras razones su sentido se aproxime más a lo que en inglés –Hornby, Gatenby y Wakefield, 1960– se diría *story* y no *history*.)

La dificultad fundamental en el trabajo psicoanalítico con la transferencia y la contratransferencia

Freud (1914g) decía que la transferencia crea un campo intermedio entre la enfermedad y la vida. Uno comprende esta frase fácilmente mientras no intenta profundizar en ella, porque: ¿qué clase de oposición es esta entre la enfermedad y la vida? ¿Es que la enfermedad no pertenece a la vida? Y la misma transferencia a la cual Freud se refiere (concretamente aquí a la neurosis de transferencia), ¿tampoco pertenece a la vida del paciente? ¿Qué es lo que se entiende entonces por vida? ¿Qué tipo de fenómenos marca sus límites? ¿Existe un modo de vivir que no es vida? A veces escuchamos algo semejante por boca de quien sufre o está enfermo. Otro dirá en un sentido parecido y sin embargo distinto que “no ha vivido la vida”. Freud (1915a [1914]) se refiere una vez más a este tema cuando, en “Observaciones sobre el ‘amor de transferencia’”, señala que el enamoramiento de la transferencia es, a pesar de todo, *auténtico*, y que las características que lo diferencian del llamado “normal” son, en cierto modo, secundarias. Aquí *la transferencia se convierte en realidad* e ingresa, por lo tanto, a formar parte de la vida. La contrapartida, es decir, *la realidad “transformándose” en transferencia* la encontramos en “Construcciones en psicoanálisis” (Freud, 1937d), en donde Freud afirma que así como una perla se realiza en el núcleo constituido por un grano de arena, todo delirio se asienta sobre una porción de la verdad histórica. De esta manera se mezclan y combinan cuestiones distintas que, sin embargo, confluyen en un punto. Verdad y mentira, realidad y delirio o fantasía, actualidad e historia, autenticidad y falacia, son oposiciones que poseen, todas ellas, un algo en común. Consiste en que cada una apresa dentro de sí ese campo intermedio al cual pertenece la transferencia. Tenemos pues dos modos de vivir. Podemos vivir en la verdad, la realidad, la autenticidad y la actualidad, o podemos vivir en la mentira, la fantasía, la falacia y también en la historia de un ayer que ya no es. Podemos vivir en lo que somos o podemos vivir *imaginando ser lo que no somos*, cuando alcanzamos con el pensamiento lo que fue y ya no es, aquello que constituye de este modo nuestro *deseo de ser lo que ahora no somos*. Pero tenemos, además, una tercera forma de vivir, a la cual pertenecen la transferencia, el teatro y el juego. En esta tercera manera, en un continuo “viaje” entre la percepción de lo que somos y la imagen de lo que deseamos ser, se constituye la vivencia nueva de un *como si lo fuéramos*. Así, en una suerte de ilusión (Winnicott, 1971) que se parece a la que configura en el cine el movimiento a partir de la confluencia de dos imágenes estáticas distintas, apresamos ese campo intermedio

entre la vida que llamamos “real” y la historia. Me gustaría por lo tanto modificar un poco aquella frase freudiana que dio comienzo a nuestras reflexiones, para decir que la transferencia, como teatro en el cual una persona se presenta para representar a otra (Ortega y Gasset, 1946a), es un campo intermedio entre la vida “real” y la historia. Y continuar afirmando que este campo intermedio del “como si” se ubica en cada situación *estática* particular a una distancia variable entre ambos extremos, de modo que en un momento la transferencia es un *hecho* que no se distingue de la vida “real” y en otro es un *dicho* que se cuenta como una “pura historia”.

Podemos afirmar que el tratamiento psicoanalítico se realiza a la manera del tejido de una urdimbre, y que paciente y analista, mientras recorren un curso progresivo, oscilan, juntos o separados, como parte del proceso “normal”, entre ambas oposiciones, abandonando la vida real para ingresar en la historia y abandonando la historia para ingresar en la vida real. La transferencia, como teatro y como juego, es entonces repetición, pero es también creación, es decir reedición modificada (Freud, 1905e [1901]). En el trabajo psicoanalítico con la transferencia (y en la *contratransferencia*), la dificultad fundamental surge cuando el paciente o el analista o, peor aún, ambos, permanecen unilateralmente atrapados o fijados en uno de los dos extremos que, como ocurre frecuentemente con los extremos, se tocan. Porque, por ejemplo, la resistencia de transferencia (y de *contratransferencia*), sea negativa o erótica, que corresponde a la transformación del teatro y el juego en la vida misma, puede permanecer subyacente y tomar la forma exterior de un psicoanálisis “paralítico” en donde el teatro se confunde con esa “historia vacía” que llamamos intelectualización.

La transferencia-contratransferencia como manifestación de un proceso terciario

Surgen aquí innumerables cuestiones, y una de las más importantes se halla constituida por el hecho de que el tratamiento psicoanalítico, en cuanto configura un *encuentro genuino* con el psicoanalista, forma una parte trascendental de la vida real del paciente, y, por lo tanto, no todo lo que ocurre durante un psicoanálisis pertenece ni debe ser incluido en el campo teatral o lúdico de la situación analítica. Por el contrario, tal como sucede en el teatro o en el juego, deben trazarse y mantenerse en la conciencia las coordenadas *témporo-espaciales* de un *encuadre* que constituye el *escenario* del teatro y las *reglas* del juego. Encuadre, escenario y reglas forman parte de la vida real, de modo que cabe subrayar ahora que no sola-

mente *con las reglas “no se juega”*, sino que constituyen un campo *adicional* del proceso analítico dentro del cual se vive una experiencia real que ocurre a paciente y analista de una vez para siempre. Este campo adicional puede y debe ser continuamente reintroducido en el campo original de la situación psicoanalítica, como ocurre en el proceso de aprendizaje con el deuteroprendizaje (Bateson, 1956, 1964), pero, tal como sucede con este último, siempre reaparecerá “en su lugar” de un modo más complejo y enriquecido. Es precisamente esta la principal razón por la cual la vida real de paciente y analista se enriquece cuando, en vez de vivirla plenamente, se la reintroduce *de una manera mesurada* en el campo de la transferencia-contratransferencia. Para comprender qué es lo que aquí significa “de una manera mesurada” debemos recurrir a la metapsicología; pero antes debemos completar la imagen proporcionada por la reintroducción de la vida real en la transferencia, con su contrapartida, constituida por la introducción de la transferencia en la vida real. Encontramos un ejemplo cotidiano de este último suceso en lo que ocurre cuando dos adolescentes que comienzan a jugar “a que pelean” ingresan en una pelea real que transcurre con dolor, miedo y enojo creciente. Un juego deja de ser juego cuando se quebrantan sus reglas (Bateson, 1953, 1954*b*; Winnicott, 1971), y lo mismo ocurre con el proceso psicoanalítico cuando se perturba su encuadre. Sin embargo, tanto el quehacer teatral como la teoría de los juegos (Bateson, 1953, 1954*b*; Winnicott, 1971), que nos permite distinguir entre un juego reglado *–game–* y un juego continuamente improvisado *–play–* (Hornby, Gatenby y Wakefield, 1960), nos brindan la posibilidad de comprender un espacio creativo que proviene de *la importancia puesta en juego* y que se ejercita en la distinción entre la trampa burda y la introducción de una variante que renueva su interés. Sólo la capacidad específica del autor teatral le permite saber cuándo puede ingresar un personaje al escenario “*desde la platea*”, aumentando el afecto comprometido sin destruir aquel campo de ficción imprescindible para el ejercicio del teatro.

Dijimos antes que la metapsicología nos proporciona una teoría acerca de esta “medida” que buscamos. Debemos subrayar ahora que su hallazgo no sólo depende de la capacidad de realizar una catexis tentativa (Freud, 1950*a* [1895]*), a “pequeña cantidad”, que caracteriza a los procesos de simbolización y pensamiento, sino también de la posibilidad de movilizar una cantidad suficiente para brindar aquello que proporciona su *plenitud* a la función simbólica (Langer, 1941). Si la “plena cantidad” es el modo de funcionamiento primario del aparato psíquico, que corresponde al proceso primario y a la ecuación simbólica (Segal, 1955), y la “pequeña cantidad” el modo secundario que caracteriza al proceso secundario como pensa-

miento y como símbolo plenamente constituido, debemos ver en estos procesos de un campo intermedio que *sólo aparecen fugazmente en el tránsito entre uno y otro* (durante el acto mismo de la gestación de un símbolo) los indicios de un modo o *proceso terciario* (Chiozza, 1970m [1968]; Green, 1972), la conciencia del cual tal vez constituya la más reciente de las adquisiciones humanas (Gebser, 1950, 1951).

La interpretación de la transferencia-contratransferencia

El tema de la transferencia, visto desde este ángulo, nos introduce de manera inevitable en el tema de la interpretación, que le es inseparable. Debemos tener en cuenta que hacer conciente la transferencia y la contratransferencia, en sentido amplio y acabado, no sólo significa hacer conciente aquello que el paciente o el analista, “sin saberlo”, sienten frente a su copartícipe de la experiencia. Tampoco significa solamente que paciente o analista hagan conciente que lo que vivencian es el producto de un pasado continuamente repetido. Es necesario que el recuerdo les aporte, en un mismo acto de conciencia, el episodio pretendidamente original, el afecto “retenido” y la contemplación de su repetición o reedición presente a partir de un fragmento de la realidad. ¿Cómo y dónde encontramos, en esta oscilación operativa hacia una historia plena, esto que llamamos conciencia de una transferencia o contratransferencia? Nos encontramos aquí nuevamente con la necesidad de esta actividad de “vaivén” entre el *hecho* material que caracteriza a la vida real y el *dicho* ideativo que caracteriza a la historia (Chiozza, 1977c). De este modo, en el rápido transcurso de lo existente frente a las dos ventanas diferentes que posee nuestra conciencia (Chiozza, 1976a), el muro intermedio se hace transparente y se visualiza la evanescente y escurridiza transferencia como una forma distinta de existencia que ni es materia actual ni es historia pasada.

Si la transferencia es un clisé (Freud, 1912b) o modelo habitualmente repetido de una relación de objeto pasada, la esencia de su comunicación debe hallarse contenida en aquellos elementos que son capaces de dar cuenta de modo *unívoco* acerca de las características de esa relación. Son precisamente los elementos metacomunicativos y metalingüísticos (Bateson, 1954b y 1966), que se diferencian del empleo idiomático (Ducrot y Todorov, 1972) de las palabras y abarcan el enorme campo de la mímica, el afecto, el gesto o el síntoma, los únicos que pueden dar cuenta de *manera inequívoca* acerca de esa relación que se perpetúa en el acto, el drama, el

síntoma, el dibujo o el juego, con los cuales es muy difícil mentir. Pero es, inversamente, la palabra del idioma el instrumento privilegiado en la transformación de la repetición en historia, bajo la forma de recuerdo o de construcción. Conviene señalar además que nuestro trabajo cotidiano no recorre el trillado camino en el ejemplo bruto de un acto fallido o en el de la sustitución de un elemento en el segundo relato de un sueño. Nuestro anteojo psicoanalítico preconciente se ha hecho sensible, entre otras cosas, a determinadas figuras del discurso que trascienden el significado idiomático de la lengua y se resisten al análisis lógico, figuras que, como si se tratara del ojo de una cerradura, nos introducen *de golpe* en la contemplación de la escena y nos proveen muchas veces, a través de esa “contemplación”, la integración del “*dato que faltaba*” para que una historia se llene de vida.

Si la transferencia es el producto de un modelo de relación humana que se ha gestado como consecuencia de una *con-vivencia* que se intenta repetir en la relación con el analista, la mutación de esta transferencia puede lograrse por un doble acceso: la conciencia que acerca de esta transferencia se brinda al paciente y la experiencia emocional transformadora proporcionada por un analista que, mediante la comprensión de su contratransferencia, aporta al teatro o a la vida del paciente un *personaje inesperado*. Este personaje inesperado que el psicoanalista es, no logra sustraerse a la vida real del paciente siempre en la misma proporción. Ingresa realmente en esa vida en una proporción variable pero inevitable, proporción que, como tal, es susceptible de configurar una variante de la “patología” transferencial-contratransferencial. Pero, insistamos en esto una vez más, su sustracción total, pretendida utopía de la cual algunas veces se oye hablar, de ser posible sería igualmente “patológica”, como lo es su disminución más allá de un cierto límite, o suficiente cantidad, por debajo de la cual la palabra y el símbolo se ahuecan.

Aquí, y refiriéndonos al psicoanalista, podríamos parafrasear a Freud (1912*b*) diciendo que, al fin y al cabo, nadie puede intervenir *realmente in absentia* o *in effigie*. En cuanto a su intervención en el teatro (que ni es vida real ni es historia porque continuamente participa de las dos) debo decir que en el desempeño de esa función de personaje, también el analista se comunica trascendiendo ampliamente la esfera del lenguaje verbal idiomático que subrayamos cuando hablamos de interpretación.

**SOBRE LA FORMA Y LA OPORTUNIDAD
DEL HABLAR Y EL CALLAR
LA TRANSFERENCIA**

(1979)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1979i) “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia”.

Ediciones en castellano

X Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, CIMP, Buenos Aires, 1979, págs. 72-79.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 125-133.

Este artículo se incluyó como apartado sexto de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]).

Acerca del silenciar la transferencia

Hay casos en los cuales se produce durante el tratamiento una desfavorable hipercatexia de la representación del terapeuta porque “se ha omitido interpretar la transferencia”. De acuerdo con los primeros escritos técnicos de Freud, la transferencia, transformada en resistencia, se ha constituido allí en el punto de urgencia para la verbalización. Entonces, como en el caso de Dora, parecería que es el “silenciar la transferencia” aquello que conduce a un incremento inmanejable de los sentimientos e impulsos implicados. Sin embargo, y sin poner en duda que muchas veces el callar es un “error” tanto en la técnica psicoanalítica como en la convivencia humana, no debemos, a partir de esta experiencia cierta, caer inadvertidamente en el extremo de atribuir a la palabra hablada un valor, en todos los casos y *a priori*, superior a los del silencio y la actitud en el desarrollo o en la mutación de un vínculo.

Un viejo aforismo dice que si la palabra es de oro el silencio es de plata. Es cierto que el silencio “de plata”, de un modo semejante a lo que ocurre durante una sinfonía, nos entrega su dádiva profunda en el intervalo que dos palabras significan; pero no es menos cierto que la palabra “de oro” surge a la sombra bienhechora de un silencio que, al mismo tiempo que la enmarca y la subraya ante el oído, la catapulta hacia el centro de la escena. Así como el silencio prepara a la palabra, la magna función de la palabra es restablecer el silencio.

Existe una diferencia importante entre interpretar la transferencia y enunciar con palabras al paciente el producto o “contenido” de la interpretación. También existe diferencia entre el silencio del que sabe y el silencio del que ignora o del que ignora lo que sabe. “Silenciar” una transferencia que,

mediante la interpretación que se realiza sin decirla, ha llegado a la conciencia del psicoanalista, conduce a que éste adopte una actitud completamente diferente de la que ocurre cuando la silencia porque reprime el conocimiento de la misma. Vale la pena tener en cuenta esta diferencia cuando se piensa en un psicoanalista conviviendo con hijos, padres, hermanos, cónyuge o amigos, porque ambos tipos de silencio cumplen una función muy diferente.

Cuando las razones que conducen al callar, en el contexto de una sesión psicoanalítica, derivan de que no se ha podido interpretar, suele ocurrir que el “hablar por hablar”, es decir porque se considera necesario “decir algo”, no es un buen remedio. Si el silencio adquiere una cualidad indeseable, que se considera negativa, es preferible entonces que se hable, con palabras que no pretenden ser “interpretación psicoanalítica”, acerca de que en ese momento no se tiene qué decir. Algo semejante debía pensar Freud cuando aconsejaba decir al paciente (supongo que con cortés naturalidad y sin darse aires de oráculo ni esfinge): “Antes que yo pueda indicarle nada, tengo que saber mucho sobre usted” (Freud, 1913c, pág. 432).

Es imprescindible dejar establecido que no se trata de afirmar que el hablar y el callar conduzcan a un mismo tipo de conciencia en el terapeuta que interpreta. Muy por el contrario, tanto en el contexto de la situación psicoanalítica como en el de la convivencia cotidiana, si bien es cierto que el pensamiento y la palabra introducen siempre una modificación en la estructura de la trama que se vive, o constituyen un índice de tal modificación, la conciencia inefable, las palabras pensadas, habladas y escritas, constituyen una serie ordenada en la cual *publicidad* y *responsabilidad* van en aumento. Por ese motivo es que insistimos en que es necesario distinguir cuidadosamente la interpretación que sólo ha sido hecha, de aquella otra que, *para bien o para mal*, además ha sido dicha.

Aquí y ahora conmigo

La transferencia se realiza siempre en el “aquí y ahora”²¹, es decir, sobre la representación del sistema preconciente-conciente que ha recibido

²¹ Cesio (1965b) prefiere sostener que la transferencia se realiza en un presente atemporal. Aunque estoy en un acuerdo completo con todo el desarrollo que plantea, no concuerdo con la denominación de “atemporal” que, a partir de Freud, él utiliza. El motivo de esta discrepancia consiste en que por razones que en parte expuse en “La interpretación de la transferencia-contratransferencia” (Chiozza, 1998j [1978-1979]) y también en “El corazón tiene razones que la razón ignora” (Chiozza, 1979d [1978]) y “Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de

los signos de cualidad sensorial que le otorgan el carácter de “cosa-presente” al objeto representado. Esa representación, durante el transcurso de la sesión psicoanalítica, no es otra que la representación del analista. A partir del hecho indudable de que la transferencia se realiza siempre “allí y entonces” y con él, se desemboca frecuentemente en el precepto técnico de que la interpretación de la transferencia-contratransferencia debe *siempre* denotar en su enunciado verbal la relación con la persona del psicoanalista. Tanto la experiencia clínica como las consideraciones teóricas que en este trabajo exponemos nos permiten poner en duda dicho precepto.

Cuando el psicoanalista en cada una de sus intervenciones verbales menciona explícitamente que su propia persona es la destinataria del afecto puesto en juego, olvida que el paciente, mientras toma cada vez mayor conciencia de la existencia de estos sentimientos hacia la persona del médico, tiende a alejarse de la noticia fehaciente del carácter transferencial de esta investidura. Ambos modos del hacer conciente *se excluyen mutuamente* y sólo pueden integrarse “en un mismo acto de conciencia” mediante el recurso de una rapidísima sucesión que deja, como fugaz estela, el recuerdo todavía vivo del instante recién desvanecido. Por este motivo la técnica interpretativa que criticamos, si bien puede modificar la cualidad de los afectos implicados, como tiende a incrementar permanentemente la investidura del psicoanalista, se convierte muy pronto en una condición desfavorable.

El uso continuado y consecuente de una interpretación que permanentemente se refiere de manera explícita a la persona que psicoanaliza al paciente, conduce en forma inevitable a que este último experimente una vivencia similar a la que experimentaría si se analizara con los objetos originales de su historia personal, y a que el psicoanalista, desde su posición contratransferencial, conviva una situación equivalente, puesto que en el fondo de la brecha que su interpretación produce, se encuentra ahora con la imagen difícilmente soportable de sus propios conflictos resistidos.

La resistencia y la contrarresistencia, como si recorrieran una trayectoria divergente con respecto a la capacidad interpretativa, alcanzan rápidamente un nivel cada vez más inmanejable, y los enunciados de verdad que el psicoanalista ensaya, ciertos sí, pero inadecuados, despiertan en el paciente una reacción que el psicoanálisis ha bautizado con el curioso y contradictorio nombre de reacción terapéutica negativa.

la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía” (Chiozza, 1981f), creo que ese presente atemporal es precisamente el tiempo primordial, y que “nuestra abstracta idea del tiempo”, en el decir de Freud, o el tiempo físico “objetivo”, que llamamos real, no es otra cosa que un tiempo imaginario.

Si bien puede sostenerse que la situación aquí descrita forma parte inevitable, en mayor o menor grado, de todo tratamiento, también es cierto que el precepto técnico de interpretar de un modo continuo y explícito en el “aquí y ahora conmigo” (según la expresión que utilizaba Enrique Pichón-Rivière) tiende a incrementar su magnitud y a precipitar su desenlace. Incurrir en un equívoco, o sencillamente ignorar que, para el establecimiento del “campo de ilusión”, es importante que la magnitud de la investidura puesta en juego sea “mediana”, conduce rápidamente y de un modo innecesario a una prematura clausura de la situación analítica. Se trata de una clausura que torna inaccesibles precisamente aquellos desarrollos cuya posibilidad (a pesar de esa clausura que los vuelve inalcanzables) el psicoanalista todavía vislumbra mientras se desvanecen ante sus ojos.

Nos encontramos por lo tanto frente a uno de los numerosos casos en que la enunciación de “la verdad” produce un efecto indeseable. Sin entrar ahora en consideraciones con respecto a qué es lo que constituye “la verdad” o, más modestamente, *una* verdad entre las numerosas posibles, debemos meditar sobre el hecho de que la enunciación de algo que se considera cierto no es suficiente para proporcionar al enunciado ese tipo particular de significado que denominamos “significancia” o “importancia”. Si en el medio de este artículo, por ejemplo, se consignara que el papel sobre el cual ha sido escrito es blanco, esta afirmación, por su falta de valor en el contexto en que se afirma, a pesar de constituir un enunciado que se considera verdadero, se transformará en lo que suele llamarse un sinsentido.

Pero no todo lo que merece ser hablado en función de la importancia que posee en el contexto en que se dice debe, o puede, ser dicho. *La significancia no es suficiente para establecer la oportunidad de la palabra.* El encuentro o desencuentro de toda convivencia humana se ejercita en un sinnúmero de actos que la conciencia se resiste a inventariar. En el conjunto de estos actos se destacan (con mayor razón cuando la convivencia queda acotada por el encuadre de la situación psicoanalítica) el hablar y el callar, como dos actos privilegiados, aunque no exclusivos, que *comparten* (en una proporción más pareja de lo que suele creerse) la responsabilidad del encuentro o desencuentro entre dos almas que se consideran singulares.

Vale la pena señalar aquí una frecuente paradoja: mientras el psicoanalista otorga a la palabra, como instrumento terapéutico, una capacidad efectora real sobre los acontecimientos materiales, entra en contradicción con sus propias afirmaciones cuando, malentendiendo el sentido de la re-

gla fundamental, confunde la asociación libre con un supuesto derecho del paciente a decir todo aquello que le venga en gana. Se olvida que si la palabra es acción (y no cabe duda de que lo es), hay palabras que no deben pronunciarse so pena de quebrar la estructura del encuadre. Tal como ocurre con cualquier otro de los actos que escapan a los límites necesarios para configurar la situación psicoanalítica como “campo de ilusión”, las palabras del paciente, y no sólo las del psicoanalista, poseen la capacidad de romper las reglas que posibilitan el “juego” o “teatro” indispensables, tanto por su efecto sobre el terapeuta como por el que ejercen sobre el propio paciente cuando las pronuncia.

Las cuatro funciones del objeto en la transferencia-contratransferencia

Tal como ocurre en cualquier otro tipo de convivencia humana, el psicoanalista puede ocupar el lugar del objeto del deseo de dos maneras claramente diferenciadas: según una de ellas el paciente desea tenerlo como objeto de placer; según la otra, desea ser como él, tomándolo como modelo a los fines de la identificación. La estructura del complejo de Edipo determina además que el psicoanalista funcione también como el rival, en su doble condición de envidiado y obstructor. La unión de esta estructura con la primitiva experiencia de la asistencia ajena configura un cuarto lugar, como contrapartida del rival, bajo la forma de un auxiliar o ayudante en la prosecución de las metas del deseo o en la satisfacción de la necesidad.

Esos cuatro roles o funciones, que ya fueron señalados por Freud (1921c), corresponden a otras tantas modalidades o contenidos de la transferencia-contratransferencia. La transferencia erótica corresponde al objeto del deseo que se busca poseer para gozar. La transferencia negativa u hostil, al objeto rival. La transferencia tierna o amistosa, al objeto ayudante o auxiliar, hacia el cual se dirigen los impulsos sexuales coartados en su fin. La transferencia sublimada corresponde a una desexualización del objeto del deseo que implica un cambio en el fin de los impulsos y que, por la vía de la formación de un ideal, lo transforma en modelo.

Si bien el psicoanalista deberá alternativamente participar en el “juego” o el “teatro” de la situación analítica desde el predominio de cada uno de estos roles, es importante tener en cuenta que tanto la transferencia erótica como la negativa son las que devienen más rápidamente resistencia, ya que sus fines son los menos compatibles con la finalidad del tratamiento. Mientras que la participación de la transferencia subli-

mada suele ser confundida con la de la transferencia amistosa (Palombo, 1974), la función del objeto ideal como modelo ha sido, a mi juicio, injusta y superficialmente planteada en términos exageradamente negativos en el contexto del proceso psicoanalítico. A pesar de que el ejercicio terapéutico deberá ejercerse *predominantemente* desde la función de ayudante o auxiliar que configura la transferencia amistosa, la única que, en opinión de Freud (1921c), es capaz de establecer lazos duraderos, y la que, podemos añadir, tolera una mayor investidura antes de conducir a la clausura del campo psicoanalítico, no debemos olvidar que toda transferencia puede llegar a constituirse en resistencia.

Un día llegará de todos modos en que “todo” se habrá vuelto resistencia y en que la situación de la clausura se presentará como un desenlace inevitable. El cómo y el cuándo, que depende de la vida del paciente, es también una paulatina e inexorable creación del analista. Como ocurre en la vida con la muerte, o en el teatro con la caída del telón, la clausura de la situación analítica resignifica, por entero y de forma retroactiva, al conjunto constituido, otorgándole en el último episodio el sentido de esa historia. Así como la agonía se diferencia de la muerte, porque la muerte no pertenece a la vida, el final del análisis no es final antes de haberlo terminado, y no puede, por lo tanto, ser analizado durante el tratamiento. Sólo puede ser contemplado y comprendido *a posteriori*, en la estructura de otro contexto.

El advenimiento de una resistencia insuperable coincide con la reacción terapéutica negativa sólo en la medida en que el psicoanalista, contemplando posibilidades que no se han realizado, intenta forzar su curso natural mediante una actitud “interpretativa” que incrementa la hostilidad o el malestar de su paciente.

Así como el paciente logra separarse bien de su analista en la medida en que ha adquirido la capacidad de *distribuir en el mundo social que lo rodea a ese “otro” para el cual se vive*, el psicoanalista podrá mantener una transferencia-contratransferencia amistosa luego de la separación, en la medida en que pueda *renunciar al logro completo de su ideal en lo que respecta a la vida del paciente*, y en que sepa tolerar su propia imagen, hasta entonces desconocida, tal como, cargada de nuevos defectos, se presenta en el espejo individual y diferente de cada clausura²². Esto implica de su parte también la capacidad para estar solo y para admitir que cada vida inaugura el terreno de su propia experiencia.

²² Por esto decimos que el trabajo psicoanalítico requiere prudencia, resignación y paciencia.

La oportunidad del hablar y del callar

Desde la metapsicología podemos comprender dos situaciones básicas que nos ayudan a determinar de qué manera el cómo, el cuándo y el qué de nuestro decir y de nuestro callar pueden influir en el mantener la intensidad de la transferencia (y de la contratransferencia) dentro de los límites tolerables.

Cuando las representaciones que retienen una mayor investidura *en la conciencia* del paciente *no son* las del psicoanalista sino las de otros objetos sustitutos, parece ser lo más conveniente que el enunciado verbal del psicoanalista se dirija a esclarecer los pormenores de ese vínculo y algunos de sus concomitantes inconcientes, *dejando implícito el carácter transferencial* de los impulsos y afectos comprometidos. Este carácter transferencial *deberá permanecer en la conciencia del psicoanalista* como un hecho tácito, pero, repito, conciente, lo cual le permitirá admitir con toda naturalidad esta investidura si es el paciente el que la verbaliza (a causa de que el decir anterior del analista, referido a las representaciones de otros objetos del paciente, esclareciendo los pormenores del vínculo, ha modificado su estructura). Este es el punto en el cual (cuando el paciente no la menciona, y siempre que la investidura no sea demasiado intensa) el analista puede verbalizar la transferencia.

Cuando las representaciones que retienen una mayor investidura en la conciencia del paciente son las del psicoanalista, parece conveniente que éste escuche e interprete sin hablar lo que presencia. Tal como afirma Todorov: "...si las palabras crean la realidad que antes evocaban de un modo ficticio, el silencio, por su parte, hace desaparecer esa misma realidad" (Todorov, 1967, pág. 123). Esto no significa que el psicoanalista deba permanecer en silencio, sino que sus enunciados verbales, realizados desde el rol de un objeto auxiliar y desde la contratransferencia amistosa, deben dirigirse en el momento oportuno a mantener el encuadre, no sólo desde la palabra, sino también desde el tono, el gesto y la actitud.

Estos dos principios que, como todos los principios, deberán considerarse en cada caso sin ninguna rigidez, con el ánimo dispuesto a admitir una excepción, no sólo crean un espacio para que el paciente regule con su propia tolerancia la intensidad de los afectos que se teatralizan en la situación psicoanalítica, sino que nos ayudan además a colocar la contratransferencia en una zona confortable.

Llegados a este punto deberemos abandonar la metapsicología para ingresar en lo que hemos llamado metahistoria, a los fines de aportar algunos elementos que otorgarán mayor fundamentación a esos principios. Estos elementos, elaborados a partir de las ideas de Langer (1941), Bateson (1956),

Watzlawick (1976), Laing (1969) y Todorov (1967), en lo que respecta al tema que ahora nos ocupa, confluyen con algunos aspectos del mito, la narración y la literatura, en su contribución a un campo que, trascendiendo los límites de la técnica, pertenece al arte del decir (Chiozza, 1980d [1979]).

La palabra, como expresión, es signo indicador de una presencia, y como símbolo es representante de una ausencia. En esta doble función contradictoria que la palabra posee, residen la sutileza y la dificultad de su manejo. La mentira se engendra en la posibilidad que posee la palabra de representar una ausencia. Con el tono, el gesto o la actitud, lo mismo que con la palabra en cuanto tiene de signo indicativo, es decir con aquello que se constituye en expresión, la mentira no es propiamente una mentira sino a lo sumo el resultado de una impostación. La mentira nace en la inevitable discrepancia entre el aspecto simbólico que refiere o representa una ausencia y el aspecto indicativo que significa o expresa una presencia. Precisamente la presencia de otra cosa diferente de aquella a la que la palabra alude. Una presencia que muchas veces, a través de la etimología, podemos convocar. De ahí que toda palabra sea inevitablemente falsa y no sólo exagerada e incompleta, en el acto mismo de su pronunciación.

Cuando la palabra escrita, al hacerse pública, se torna impersonal, en su dirigirse hacia un otro innumerable que es testigo, su falacia se transforma y adquiere ese consenso que llamamos realidad. La realidad es siempre un público decir. Pero las palabras no son inconsecuentes; “hablar por hablar” es imposible; toda palabra, como en un encantamiento, es mágica en su capacidad para modificar la realidad. Precisamente porque las cosas que las palabras designan no existen *a priori* como tales, porque no adquieren sus límites sino en el acto mismo de su designación, *las palabras crean inevitablemente la realidad que enuncian*. Así como el deseo crea a su objeto, la palabra crea la cosa que designa. De ahí que, como más tarde o más temprano comprueba todo padre que llama a su hijo “mentiroso”, la palabra que nace de una realidad que ella misma distorsiona, que nace como una falacia inevitable, se hace verdadera *a posteriori* de su pronunciación. Nombrar una cosa es transformarla. *La palabra es una profecía que siempre se realiza en mayor o menor grado dependiendo de su fuerza o de su reiteración*. Sinceridad e hipocresía, autenticidad y falsedad, resignadas desde esta perspectiva, nos conducen a una nueva paradoja que deshace su sentido primitivo y las convierte en dos términos mutuamente referentes. Por un motivo semejante, lo opuesto de la palabra falsa no es la palabra verdadera, sino únicamente el silencio.

Cuando la convivencia con el paciente fructifica inesperadamente en el anhelado encuentro, y este encuentro se manifiesta como palabra oportuna

(ya sea en su condición de símbolo o de signo indicativo), la magia del instante se desvanece, en el acto mismo de nacer, en una nueva distancia y una nueva soledad. Y sin embargo todo se ha cumplido. El psicoanalista, como un piloto en la tormenta, no gobierna la fuerza de los elementos; gobierna apenas sus acciones y emociones y el timón de su hablar y su callar. Y en su capacidad de reconocer entre las olas las crestas y declives, en su conciencia de la oportunidad que llena o vacía la palabra, adquiere la posibilidad de mantenerse a flote, otorgando o negando a su palabra la ocasión de nacer.

**ACERCA DEL USO Y EL VALOR DE
LA REALIDAD, LA TRANSFERENCIA Y
LA HISTORIA EN EL TRATAMIENTO
PSICOANALÍTICO**

(1980 [1979])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1980d [1979]) “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [II].

Ediciones en castellano

Se publicó como “Apéndice” de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]) en:

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 476-496.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Se publicó con el título “Apéndice al capítulo 3” en:

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 82-101.

Se publicó con el título “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [II] en:

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 135-159.

Es una versión modificada de las “Respuestas del autor” (Chiozza, 1979h), a los comentarios de Fidias R. Cesio, Marcos Guiter, Elena Jordan Gross y Jaime Szpilka al trabajo “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]), presentado para la *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXVI, N° 2, APA, Buenos Aires, 1979.

Acerca del tiempo primordial y del espacio “interno”

Estoy de acuerdo con la afirmación de que “primordial” y “secundario” son conceptos que provienen de nuestro pensamiento preconciente. También estoy de acuerdo en que, como lo ha dicho Freud, lo inconciente no tiene por qué ser tal como las versiones preconcientes a través de las cuales se manifiesta. Decir, en cambio, que el inconciente es incognoscible, sólo puede admitirse con el valor de una metáfora, ya que la afirmación rotunda de que algo es incognoscible supone un acto de conocimiento y encierra una contradicción. Además es necesario tener en cuenta que *la negación es también un juicio que supone un conocimiento positivo* y que como tal puede volver a cuestionarse. En resumen: si el inconciente es incognoscible, ¿cómo sabemos que es atemporal?

Discutir la existencia de la noción de un tiempo primordial sosteniendo, por un lado, que el inconciente es atemporal, el espacio es primordial y el tiempo secundario y, por otro, que el inconciente es incognoscible y que primordial y secundario son productos de nuestro preconciente, es borrar con el codo lo que se ha escrito con la mano. Suponer que la afirmación de que la transferencia transcurre en un presente atemporal no puede discutirse dado que, de todas maneras, lo inconciente es incognoscible e innombrable, me parece que adolece de una contradicción semejante.

Si bien primordial y secundario son conceptos que suponen un tiempo cronológico (me refiero, para ser más claro, a un “antes” y un “después”), también son, más allá de su sentido riguroso o principal, metáforas que aluden a una importancia mayor o menor. Cuando me refiero a un sentido riguroso o principal, por ejemplo, también hubiera podido significar algo

parecido diciendo “primitivo” u “original”. Si cuando me refiero a tiempo primordial se interpreta “un tiempo que apareció antes que el secundario”, esto debe pensarse con el valor de una metáfora.

Se trata, hablando esquemáticamente, de que existen (por lo menos) dos tiempos cualitativamente diferentes y que uno, el tiempo “físico” o del reloj, es un tiempo accesorio o imaginario, mientras que el otro, habitualmente subordinado al primero, es un tiempo fundamental que podemos llamar histórico si revalorizamos un sentido más pleno de la palabra “historia”. También podríamos decir que el “físico” es un tiempo construido e indirecto y que el “histórico” un tiempo dado o directo que sigue siendo tiempo como ritmo o período sin quedar sometido a la secuencia de “antes” y “después”. Volveré sobre este tema un poco más adelante.

Otra metáfora adecuada (aunque sólo alude a un aspecto parcial y tiene el inconveniente de mantener la secuencia cronológica) podríamos encontrarla en el decir que el tiempo primordial posee con el tiempo secundario una relación semejante a la que podría poseer el caminar con el andar en automóvil, en un hipotético mundo en el cual casi no se caminara y la gente abandonara muy pocas veces su asiento en el vehículo.

Algo análogo ocurre, a mi entender, con la noción de espacio. La diferencia consiste, sin embargo, en que el espacio físico o real ha conservado, en el desarrollo intelectual del hombre, la conciencia de su carácter fundamental con respecto al espacio histórico o imaginario. No quisiera ser mal comprendido. Cuando hablo de un espacio físico fundamental y de otro histórico (o psicológico) accesorio (como antes lo hice, a la inversa, con el tiempo), no discuto la mayor o menor importancia relativa de la física o la historia como organizaciones del conocimiento en la conciencia, sino la importancia del espacio y el tiempo, como nociones, para cada una de esas organizaciones conceptuales. Dicho en otras palabras: se trata de que la física tuvo que construir “su tiempo” a partir de un mundo histórico, como la historia (o el psicoanálisis) tuvo que construir “su espacio” a partir de un mundo físico.

Apoyándonos en la hipótesis freudiana de un aparato psíquico extenso, podemos establecer una analogía superficial con una parte de lo que planteo y afirmar que, contrariamente a lo que sostengo, el espacio psíquico es primordial con respecto al físico, ya que el espacio físico aparecería como la manifestación espacial del aparato psíquico. Pero el sostén de un argumento semejante no puede limitarse a la cita de Freud. Es necesario, en cambio, reflexionar acerca del sentido que puede otorgarse a determinadas formulaciones freudianas. Admitamos la hipótesis de un aparato psíquico extenso. Surgen inmediatamente algunas preguntas. ¿Qué quiere decir “extenso” en este caso? El espacio que ocupan los cuerpos y el espacio que ocupan los

pensamientos o las instancias psíquicas, o nuestro pretendido aparato, ¿es una misma clase de espacio? ¿En qué se fundamenta esta identidad?

La idea de que nuestra noción de un espacio “físico” deriva de alguna característica particular de nuestra existencia psíquica no me parece inaceptable. Me parecería, sin embargo, una actitud reduccionista el que se pretendiera que toda noción derive, en última instancia, unilateralmente de las nociones que acerca de lo psíquico tenemos. Pero en realidad lo que planteo no abarca este punto. Sostengo que la idea acerca de la existencia de un “espacio” psíquico “interior” deriva de nuestra noción de un espacio físico construida, esta última, a partir del ejercicio de nuestros órganos sensoriales. Una vez lograda, de modo “indirecto”, es decir como metáfora o modelo imaginario, la idea de un “mundo interior”, extenso, surge, junto con ella, y por analogía con lo que observamos como un “límite” en los organismos físicamente considerados, la idea de que el espacio físico es “exterior”.

Creo que la “extensión” de un mundo psíquico ni siquiera es virtual (ya que virtual es un espacio potencial, que puede devenir real, como el espacio que existe entre las pleuras parietal y visceral) sino una extensión imaginaria, y como tal, como imaginaria, existente sí, pero no real. Prefiero reservar la palabra “real”, en su sentido riguroso, para aquello a lo cual tenemos acceso sensorial, y abarcar con la palabra “existente” el conjunto de lo físico y lo psíquico. Así son existentes el centauro y el caballo, pero sólo el caballo existe en “realidad”, sólo el caballo es a la vez existente y real. Me parece, en resumen, que cuando Freud afirma la hipótesis de un aparato psíquico extenso, recurre a una analogía o metáfora que mantiene el reconocimiento de una diferencia entre esta clase de “extensión” y aquella otra que caracteriza al mundo físico mensurable, e interpreto que la redundancia implícita en la afirmación de un aparato extenso tiene el valor de subrayar este carácter de modelo.

La revalorización de la historia

Después de lo dicho hasta aquí debo aclarar que la idea de la construcción como inferencia histórica no se corresponde exactamente, por lo menos en su interpretación habitual, con la revalorización del concepto de historia que, a partir del psicoanálisis, propongo en estas páginas. En este punto me parece que no se debe reducir mi planteo a una estricta y explícita formulación freudiana, lo cual lo transformaría en redundante. Creo que el sentido pleno o primordial de la historia no es el de la secuencia antecedente-consecuente como cronología o como genética que constituye la

history de los ingleses, sino el de una temática recurrente e iterativa que se constituye como *story*, narración o mito, y que por eso se encontró Freud, ante su propia sorpresa (y se ocupó de subrayarlo), con que su historial de Isabel de R. era, casi a su pesar, literatura.

Este concepto de la historia coincide con las ideas de Cesio acerca de un presente atemporal, y si disiento con esta denominación es porque creo que el llamado “presente atemporal” es precisamente el tiempo, el tiempo fundamental u “originario”, mientras que el llamado tiempo real, físico u objetivo, como cronología mensurable, constituye una construcción en nuestro trato con el universo de las cosas reales. Construcción útil y valiosa, tal vez imprescindible, existente, sí, pero imaginaria. Quiero citar aquí las palabras de Einstein que Jean Charon (1977) consigna en su libro *L'esprit, cet inconnu*: “Para nosotros, físicos convencidos, esta separación entre pasado, presente y futuro no tiene más que el valor de una ilusión, aunque tenaz”.

No pongo en duda que Freud mantuviera la unidad conceptual de su teoría; su metapsicología constituye el paradigma de un intelectual no sólo extraordinariamente inteligente, sino además genial; pero no existe teoría que no deba dejar fuera de sí, en aras de la unidad, determinados productos de la experiencia surgida de su propio campo de trabajo. ¿Debemos creer acaso que, contrariamente a lo que se observa en otros campos del conocimiento, la teoría psicoanalítica está para siempre terminada a partir de las últimas palabras que nos legara Freud, o podemos aspirar a que el psicoanálisis, como la física o la química, pueda crecer y desarrollarse con la colaboración de muchos?

El argumento de que la vida en la teoría metapsicológica es el producto de la pulsión erótica me parece que, en lugar de responder a la cuestión, la desconoce y omite dejándola intacta. Se trata, en realidad, de que las “metáforas” a las cuales Freud recurre, tales como las citadas “reediación”, “fantasía”, “despertar”, “desarrollo”, “sustitución”, etc., no son casuales, y que el hecho de que Freud tuviera que recurrir a ellas para transmitir o procesar sus experiencias, o más aún, que se constituyeran en términos habituales o “clásicos” de la ciencia psicoanalítica, no puede ser ni suficientemente explicado por la metapsicología ni reducido a un modelo metapsicológico que deriva de la física.

Aunque reiteremos una y otra vez que el sentido de los términos metapsicológicos (pulsión, catexis, desplazamiento, etc.) debe diferenciarse del que adquieren en la física, justamente cuando queremos explicitar esa diferencia debemos recurrir a ese otro lenguaje que, si bien puede ser forzado a la condición de constituyente conceptual metapsicológico, queda en ese encierro desnaturalizado, privado de la significación que adquiere

en el acto de la comunicación y que precisamente constituye la razón que fundamenta el que haya sido utilizado y elegido como término habitual. Por esto insisto en que el psicoanálisis, a despecho de la conceptualización metapsicológica, que no sólo es valiosa sino además imprescindible, es también literatura y que, como tal, lleva implícitos los rasgos de una incipiente teoría metahistórica.

La función del silencio

La distinción entre silencio y pausa puede ser útil, pero reducir el significado de la palabra “silencio” a un síntoma o formación que denota un conflicto me parece excesivo. En todo caso también podría decirse de la palabra que es una formación que denota un conflicto. Al fin y al cabo, cada palabra es una transacción que se gesta de un modo análogo a la formación de un síntoma, y en ella, como en el silencio, participa de un modo regular la resistencia.

Es necesario terminar con el prejuicio de que la unidad del hablar es la palabra intercalada entre dos palabras vecinas. La unidad del hablar es la frase o el discurso que, como figura *gestáltica* compleja, nace ya completa de un silencio y crece en el hablar para finalizar en otro. De este modo resulta para mí evidente que la distinción que puede proponerse entre silencio y pausa sólo puede sostenerse si al mismo tiempo admitimos y consignamos explícitamente una afirmación como la que sigue, construida con frases equivalentes y complementarias a las que han sido propuestas. La afirmación es esta:

Es habitual la idea de que el hablar puede ser “vacío” (o puede aportar algo a la conciencia) cuando en rigor es la expresión de una acción que excluye a la conciencia. El hablar del analista es también una intervención tan significativa como sus pausas. Hagamos una clara distinción entre “hablar” y “decir”. Mientras que el hablar aparece como una formación que denota un conflicto, el decir (intervalo entre dos pausas) es una parte de la asociación libre o de la atención flotante. El “hablar” es un síntoma, la manifestación del “vacío” del que hablo más arriba (también del letargo, caracterizado por un hablar monótono y aburrido). Cuando aparece esta resistencia básica muchas veces aparece también un silencio del analista que no es una pausa (dado que la pausa es el modo de hacer conciente lo inconciente), que intenta negar así la reacción letárgica, negativa, en la que está comprometido.

Como dije antes, esa distinción entre el silencio y la pausa puede ser útil, pero el significado que en ella adquieren los términos me parece excesivo. El punto esencial de discrepancia reside en que no puedo sostener la rotunda afirmación de que “el silencio es la expresión de una acción que excluye a la conciencia”. Cuando dos personas comparten en un silencio confortable la contemplación de una puesta de sol o se miran a los ojos sin hablar, su conciencia no tiene por qué hallarse forzosamente empobrecida. Denominar “pausa” a este silencio me parece tendencioso, porque el nombre “pausa” se dirige a subrayar su carácter de intervalo entre dos palabras habladas, acentuando de modo unilateral el valor de la palabra hablada en el proceso de comunicación y en el enriquecimiento de la conciencia.

Ese valor de intervalo, por supuesto, existe y es importante, pero no es menos importante comprender que la palabra hablada carecería de toda meta inteligible si no llevara entretejida de modo indisoluble la intención de ser suficiente, es decir de terminar, una vez pronunciada, con la necesidad de hablar. Que el deseo de hablar nunca quede completamente satisfecho durante el acto de la pronunciación, no basta para invalidar lo que sostengo en el trabajo: “La magna función de la palabra es restablecer el silencio”.

Podemos, a mi entender, acentuar con la palabra “pausa”, durante la experiencia psicoanalítica, el carácter de intervalo que posee un silencio, siempre y cuando no se nos escape que tenemos idéntico derecho de considerar a cada frase pronunciada como un “intersilencio” y que las relaciones del hablar y del callar con la conciencia y con la resistencia deben ser consideradas en cada situación particular.

Cuando en el transcurso de una sesión psicoanalítica, el psicoanalista habla y su palabra produce la conciencia de un determinado aspecto, ha elegido entre muchos que permanecen en la penumbra o en la oscuridad de los distintos grados de inconciencia; análogamente, cuando el analista calla, no sólo abandona a lo inconciente aquello que no dice, sino que su silencio produce la conciencia de un determinado aspecto que durante el hablar permanecía inconciente.

La reacción terapéutica negativa frente a la interpretación de la transferencia

En cuanto al tema de la interpretación de la transferencia podemos sostener que si se trata de interpretaciones “correctas” y “completas”, “en cuanto” el paciente toma conciencia de sus transferencias en la persona del analista, esta conciencia libera la relación paciente-analista de los senti-

mientos primitivos. Planteadas las cosas de este modo, el problema queda obviado. Todo lo que el analista debe hacer son interpretaciones “correctas” y “completas”; “en cuanto” el paciente toma conciencia de su transferencia, se libera de los sentimientos primitivos; si así no ocurriera, la interpretación puede seguir siendo correcta, dado que existe una categoría “descriptivamente muy útil” llamada “reacción terapéutica negativa”. Pero ¿se puede preguntar algo más sin ofender a Freud y a los investigadores “de la talla de Abraham, Pichón-Rivière, Klein, Segal”?

Dejemos de lado la cuestión de que el nombre “reacción terapéutica negativa” puede no parecer ni curioso ni contradictorio a pesar de aceptar que la reacción en sí misma es “contradictoria”, es decir, “paradójica”, y a pesar de que el adjetivo “terapéutico” contiene, tal como lo consigna el *Diccionario terminológico de ciencias médicas* de Salvat (1985), la significación de “curativo”. La pregunta que me parece pertinente plantear quedará mejor expuesta a través de un ejemplo. Luego de realizar exitosamente diez anestésias locales con novocaína, el caso número once hace un shock anafiláctico y muere. A partir de esta experiencia, ¿se puede modificar la idea de lo que es un procedimiento terapéutico correcto, afirmando que deberá incluir, antes de la inyección local de anestésico, una prueba intradérmica de sensibilidad con un pequeño habón cutáneo? ¿O conviene en cambio mantener a toda costa el principio de que estamos en presencia de una reacción “paradójica” frente a un procedimiento terapéutico correcto, lo cual equivale a sostener que la reacción del paciente es lo “incorrecto”? ¿Cómo no advertir que, precisamente, todo lo que de positivo se ha escrito y esclarecido con respecto a la llamada reacción terapéutica negativa tiende a desplazar y restringir la aplicación de este concepto a los casos que se hallan todavía pendientes de esclarecimiento?

Acerca del cómo interpretar la transferencia

El nombre sustituye una presencia, es cierto. También podría decirse que convoca un recuerdo. En ambas circunstancias permite construir una historia. Iba a decir ahora que si solamente fuera así, sería más sencillo; pero no, no lo sería, porque si sólo fuera así, el hablar sería inoperante, incomprensible, como lo sería el funcionar de símbolos carentes de importancia. La función de la palabra es doble, y en eso reside la razón de su existir. El nombre no sólo sustituye una presencia sino también indica otra, y esa presencia que el nombre indica se llama transferencia y compromete un afecto actual. En esto reside su importancia o su significancia.

He tenido siempre claro que la disolución de una transferencia se acompaña de la emergencia de otra más precoz o “regresiva”. Este es *otro* problema que nos conduce de todas maneras a preguntarnos si es siempre conveniente favorecer la regresión durante el tratamiento. Pero se trata ahora de otro asunto, aunque, obviamente, emparentado. El problema que no se menciona consiste en que el nombre del psicoanalista se diferencia del nombre de los “objetos de la historia”, en que se refiere a un personaje que posee durante la sesión psicoanalítica los signos de cualidad que denotan su presencia.

Argumentar que el analista es un objeto secundario es desconocer que la característica esencial de la transferencia, aquella en virtud de la cual ésta se realiza y se mantiene, es precisamente la ignorancia de ese carácter “secundario”, común a todos los objetos *reales* que el paciente ha tratado o tratará. *Sin la existencia de ese carácter “secundario”, la transferencia no se llamaría transferencia; pero sin la ignorancia de la cualidad de “secundario”, no podría ocurrir.* Cuando frente a un determinado “contenido” el paciente reconoce el carácter secundario de la función del analista, es porque ya ha dejado de existir la transferencia de ese determinado contenido y se encuentra, por lo tanto, *bien lejos del punto de urgencia* que constituye el problema de la labor analítica. *Lo mismo vale para la contratransferencia.*

Recurramos a un ejemplo:

Pedro experimenta sentimientos complejos en su relación con Raúl, el amante de su mujer. Digamos para simplificar que Pedro odia a Raúl. La figura, la representación y aun el nombre de Raúl condensan la transferencia de distintos personajes de la historia de Pedro. Cuando Pedro “se olvida” de Raúl, su odio permanece como una disposición afectiva inconciente; no se descarga como odio a Raúl, sino que se deriva a través de formaciones sustitutivas tanto en lo que respecta al objeto como en lo que respecta a la cualidad del afecto. Cuando Pedro se halla en presencia de Raúl, o cuando “se acuerda” de Raúl, porque el nombre o una determinada figura convoca su recuerdo, el odio, aun en el caso de permanecer coartado en su fin, se actualiza, y se puede reconocer fácilmente esta descarga afectiva en su cara y sus gestos, o también en sus palabras.

Veamos ahora qué ocurre en la sesión psicoanalítica. Digamos, en primer lugar, que el analista es un personaje real de la vida de Pedro, tan real como lo es el dentista de Pedro, o como Raúl, el amante de su mujer. En ese sentido, el analista de Pedro condensa también en su figura y su nombre las transferencias de distintos personajes de la historia de Pedro. Debido a las características particulares del vínculo psicoanalítico (fundamentalmente, la interpretación y el encuadre), el analista, como persona real, recibe una transferencia

más “rica” o más “fuerte” que la que recibe el dentista, aunque no necesariamente más “rica” o más “fuerte” que la que recibe Raúl. No vale objetar, en esta etapa del planteo, que la transferencia de Pedro no se realiza sobre el analista “real” sino sobre un analista “ideal” (sea en su connotación de idealizado o en su connotación de persecutorio), porque lo mismo podría sostenerse con respecto a la transferencia sobre Raúl. Lo que importa señalar ahora es que esta condensación transferencial se desarrolla como una historia *codeterminada* por las características reales de la persona que recibe la transferencia. Por este motivo, así como Raúl no recibe la misma transferencia que recibe la secretaria de Pedro, no es lo mismo analizarse con un hombre que con una mujer.

En el caso del vínculo psicoanalítico, el conjunto de esta transferencia, que posee una historia y que puede ser “recordada” en ausencia del psicoanalista, recibe el nombre de “neurosis de transferencia”. Sin embargo, así como Pedro puede “encontrar” a Raúl en un gesto del empleado de banco que lo atiende por primera vez, también puede encontrarlo (sea a pesar o sea ayudado por la neurosis de transferencia) en una determinada actitud de su psicoanalista. En este último caso se añade la circunstancia de que, además, necesita encontrarlo ahí, en el vínculo psicoanalítico, para que el tratamiento cumpla sus fines. La cuestión esencial reside en comprender de qué diversas maneras puede encontrarlo.

Pedro puede estar absolutamente seguro, sobre todo si el curso entero de su neurosis de transferencia lo ayuda, de que el psicoanalista es tan absoluta y merecidamente odioso como Raúl. Si esta situación se mantiene, la prosecución del análisis, además de hacerse cada vez más dolorosa, muy pronto se torna imposible. Una situación semejante, aunque no idéntica, ocurre si Pedro no logra “encontrar” a Raúl en la figura de su psicoanalista; en ese caso, este aspecto del análisis quedará insatisfecho y con él importantes sectores de la personalidad se verán privados de desarrollo. (Agreguemos aquí, dicho sea de paso, que fatalmente una y otra situación, con respecto a distintos personajes de la historia, terminarán por ocurrir marcando la finalización del análisis.)

El trabajo psicoanalítico se realiza como fluctuación entre una y otra de las posiciones descriptas, en los momentos en que Pedro, de un modo similar a lo que le ocurre en el teatro, siente que su analista se halla presente y representando a Raúl, es decir cuando la oscilación entre “es y no es” Raúl no se detiene.

Volvamos ahora sobre la cuestión planteada: “Cuando las representaciones que retienen la mayor investidura en la conciencia del paciente son las del psicoanalista”. Podemos suponer para este caso que Pedro comience su sesión diciendo: “Es inútil, no tiene sentido que siga viniendo. Usted pertenece a esa clase de personas que pasa por encima de toda consideración humana, sólo se cuida de sus propios intereses.

Que yo sufra o no sufra le da igual, sólo le importa cobrar sus honorarios y satisfacer su propio ego contemplándome desde arriba”.

Aclaremos, antes de proseguir, dos cosas. La primera es que, tal como lo sostengo en el trabajo, más tarde o más temprano se llega fatalmente y en algún punto a una situación como esta. La segunda consiste en la respuesta a una pregunta que me parece relevante. ¿De qué manera puede precipitarse anticipadamente semejante desenlace? Creo que la manera más eficaz es mantener a ultranza el principio equívoco de que la interpretación psicoanalítica debe siempre denotar en su enunciado verbal, explícitamente, la relación con la persona del médico.

Veamos entonces, de modo esquemático, dos alternativas. Pedro comienza diciendo: “Acabo de encontrarme frente a frente con Raúl en la calle, al salir del subterráneo, y pienso que tengo que hacer algo, que no tiene sentido que siga sometiéndome así, a esta situación insufrible, etc.”. A partir de este material se pueden ensayar diversas interpretaciones que dependen de los distintos contextos y que pueden poseer en mayor o menor grado una cierta utilidad.

Pero la cuestión fundamental que nos ocupa es una. Si interpretamos en cualesquiera de sus formas (dejando de lado las “ridículas y caricaturescas”) en torno a la idea *explícita* de que Pedro se ha encontrado con Raúl en la persona de su psicoanalista al entrar en la sesión, o si, en cambio, interpretamos manteniendo esta idea en la conciencia sin hacerla explícita y procurando enriquecer, mediante la verbalización, la representación conciente de los sentimientos que Pedro experimenta frente a Raúl.

Importa esclarecer qué pasa en cada caso con la transferencia. Podría sostenerse que, dado que la transferencia de todos modos se halla presente y dado que el nombre sustituye la presencia, verbalizar esta transferencia no la incrementa sino que, por el contrario, la hace desaparecer para ser sustituida por otra. Sin embargo sabemos que, al hablar de Raúl, Pedro se refiere a su psicoanalista, precisamente por el hecho de que *el analista se halla presente mientras que Raúl se halla ausente*.

La transferencia como fenómeno “metapsicológico”, la transferencia a secas (no la neurosis de transferencia), es precisamente eso, el desplazamiento de la investidura actual de una disposición afectiva inconciente, sobre una representación que posee los signos de cualidad que señalan a la conciencia su presencia bajo la forma de una percepción sensorial igualmente actual.

Es necesario tener en cuenta que cuando Pedro menciona a Raúl y el analista hace explícito que esos sentimientos se refieren a su propia persona, no sustituye en realidad una presencia por un nombre, sino que sustituye el nombre de Raúl, que alude concientemente a una persona ausente, por “el nombre” del psicoanalista, intentando con

esto producir la conciencia de la transferencia inconciente de esos sentimientos hacia una persona que se halla presente.

Me parece importante distinguir además entre el acceso motor (incluyendo la descarga afectiva) que, *con respecto a su objeto*, posee la transferencia inconciente, del que poseen esos mismos sentimientos cuando han devenido concientes sin que se haya logrado adquirir la conciencia de su carácter transferencial. No siempre el hacer conciente un sentimiento para con el analista se acompaña de la conciencia de haber sido transferido, sino que, por el contrario, es un hecho de observación común que la intensidad de esos sentimientos tiende a dificultar la noticia de su cualidad transferencial.

Si bien es cierto que la transferencia inconciente de todos modos se halla presente y que su descarga a través de otros derivados puede perjudicar al paciente, también es cierto que este perjuicio coincide con el de la neurosis, mientras que aquello de lo que aquí se trata es de cuánto pueda dificultar al proceso psicoanalítico.

De modo que, si cuando Pedro menciona su enojo con Raúl, el analista sabe que está enojado con él, aunque más no fuera (y sin tener en cuenta ahora la neurosis transferencial) por el solo hecho de que él (el analista) está ahí, es necesario acordarse de Racker cuando sostiene que no todo lo que el analista sabe, el paciente puede o necesita saber.

Volvamos ahora sobre el otro caso. Pedro expresa sus sentimientos hacia el analista. Si antes, cuando se hablaba de Raúl, el analista constituía un interlocutor válido con la ayuda del cual era posible profundizar y explorar las vicisitudes de esos sentimientos, ahora, cuando se ha transformado en el objeto mismo de un encono intenso, no logrará el menor crédito.

Si desea que el paciente adquiera conciencia de que el analista es el “objeto secundario de una transferencia”, deberá tener la capacidad de esperar sin hurgar en la herida, procurando, como aconsejaba Freud, oponer a esta fuerza una fuerza semejante de signo contrario, construida por el deseo que mantiene el paciente de continuar el proceso. Sin la existencia de algún remanente de este deseo, el tratamiento habrá, de todos modos, llegado a su fin. En caso contrario, si conserva la contratransferencia amistosa que su comprensión puede darle, el analista logrará mantener el encuadre, no solamente mediante la palabra, sino también desde el conjunto formado por su tono, su gesto y su actitud.

La oportunidad de la palabra

Antes de finalizar con esta cuestión debo abordar dos últimos asuntos. Una vez, ante una pregunta de uno de sus discípulos acerca de si el psicoanálisis po-

día dañar, Freud contestó que si no pudiera dañar, tampoco podría curar. Creo que lo mismo vale con respecto a la enunciación de la palabra. Estoy de acuerdo en que la transferencia de todos modos se halla presente y que si el analista es plenamente conciente de su papel secundario como persona en la experiencia transferencial, podrá entonces trabajar con las palabras que lo nombran así como lo hace con las que nombran a otros objetos; pero la cuestión radica, a mi entender, en si puede sostenerse a partir de este enunciado y como principio general, que el paciente podrá decir sin temor todo lo que le viniera en ganas, por más violento que sea, con tal de que sea “solamente” palabra.

Por numerosas razones, algunas de las cuales ya han sido mencionadas al discutir el tema del diferente acceso motor de los sentimientos concientes e inconcientes, esta posición, además de utópica y superyoica para el psicoanalista, sería, por lo irreal, negativa para la “salud” del psicoanalizado. Si un paciente escribe en la pared del consultorio de su psicoanalista con un lápiz de tinta, también expresa de esta manera una transferencia de todos modos presente. ¿En virtud de qué principio debemos afirmar por un lado que la palabra posee una influencia y una importancia reales para negar por el otro, omnipotentemente, que con ella sea posible dañar el encuadre?

La otra cuestión atañe a las palabras de Todorov (1967). Ignoro cuáles son las fuentes o los argumentos de los cuales puede extraerse la afirmación de que Todorov se ocupa de la palabra desde la psicología de la conciencia. Después de haberlo leído cuidadosamente no tengo esa impresión. Creo que los caminos de la lingüística actual confluyen con los del psicoanálisis en muchos aspectos y se facilitan mutuamente. Así como Todorov, que alude alguna vez al psicoanálisis, plantea que las palabras son a las cosas lo que el deseo es al objeto del deseo, suele también sostenerse que todo lo que podemos decir de lo inconciente pertenece a la conciencia. Por estas y por muchas otras razones que, como es natural, sólo podrá comprender acabadamente quien haya leído *Literatura y significación* (Todorov, 1967), me parece equivocado sostener que nuestras consideraciones psicoanalíticas parten justamente del punto en el cual la labor de Todorov termina.

Los hechos, la materia y el tiempo

Reiteremos que Freud, con la escrupulosidad que lo caracteriza, añade a la frase de 1909 anteriormente citada²³ dos correcciones sucesivas.

²³ { Véase el comienzo de “La interpretación de la transferencia-contratransferencia” (Chiozza, 1998j [1978-1979]), pág. 177. }

Vuelve sobre ella en 1914, y otra vez en 1919, para cambiarla nuevamente. Esto, como resulta obvio, es un signo evidente de que se ocupaba de definir mejor qué clase de par conceptual podía elegirse para contrastar la realidad psíquica con alguna otra forma de existencia. Además, la distinción entre realidad de los hechos y realidad material le parece a Freud lo suficientemente importante como para tomarse el trabajo de volver a modificar el texto primitivo. En este punto, por lo tanto, si bien existe, sin lugar a dudas, el derecho de disentir también con lo afirmado por Freud, parece evidente, sin embargo, que tal discrepancia debería basarse en fundamentos un poco más sólidos que el afirmar, como único argumento, que se trata de sofisticaciones que no tienen razón de ser y no hacen mayor diferencia.

La advertencia de Freud acerca de que... corremos el riesgo de desatender las relaciones de las palabras con las representaciones objetivas inconcientes, constituye una frase no sólo valiosa sino además bien conocida. La cita no corresponde al “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños” (Freud, 1917*d* [1915]*) sino a “Lo inconsciente” (Freud, 1915*e*, pág. 1068), y en ella Freud se refiere al peligro de que, cuando pensamos abstractamente, nuestro filosofar alcance una indeseada analogía de expresión y de contenido con la labor mental de los esquizofrénicos. La pretensión de concedernos unilateralmente y sin necesidad de fundamentación alguna la capacidad de evitar ese riesgo, no me parece atinada.

La palabra “materia” alude de manera categórica a una forma bastante bien definida de existencia. Quizás la mejor definida a través de un conjunto de propiedades prolijamente inventariadas. La palabra “hecho”, en cambio, abarca en su significado una realidad más amplia que, junto a los hechos materiales, incluye otros asuntos o sucesos. Una ofensa efectivamente acontecida es un hecho que, si bien se acompaña de sucesos materiales, no se define ni caracteriza especialmente por ellos.

En ningún momento pongo en duda que la capacidad de recordar, dentro del contexto al cual nos referimos, “esté funcionando en todo acontecer”. Me limito a señalar que los signos de cualidad que denotan la presencia sensorial son “primarios” con respecto a la capacidad de recordar, es decir que no dependen de ella; entendiendo por capacidad de recordar, es claro, aquella que se manifiesta como la emergencia de un recuerdo en la conciencia.

Ignoro cómo podría deducirse que creo que el concepto de vivencia no se vincula con el de percepción o que no tengo en cuenta la existencia de percepciones cenestésicas. Me parece que es importante no pasar por alto el que, si queremos profundizar en el origen de las nociones “espacio” y “tiempo” y en las organizaciones del conocimiento a que estas nociones dan lugar, conviene distinguir, en una primera etapa por lo menos, entre

las percepciones cenestésicas y aquellas otras, mejor diferenciadas, que se manifiestan en estructuras telerreceptivas somáticamente identificables y se constituyen como los cinco sentidos principales.

Si bien es cierto que a partir de los conceptos de Einstein las nociones “espacio” y “tiempo” se integran en la idea de un continuo espacio-temporal, estas ideas transforman al tiempo y al espacio, como entidades mensurables, es decir, como dimensiones, en relativos a un determinado sistema en movimiento con respecto a otro, pero no confunden ni evitan distinguir la noción “tiempo” de la noción “espacio”, por más que hayan variado los conceptos que acerca de cada una de ellas se sostienen.

Basta echar una mirada sobre los artículos “tiempo” o “cualidad”, por ejemplo, del *Diccionario de filosofía* de Ferrater Mora (1965), para comprobar que más de dos mil años de ejercicio del pensamiento humano no nos autorizan a decir que “el tiempo es cualidad inexcusable de la materia” o que “el tiempo es propiedad de la materia”, como si se tratara de una verdad reconocida y admitida por todos, sin aclarar siquiera si intentamos sostener nuestra afirmación desde la filosofía, desde la física o desde el psicoanálisis. Si bien la extensión y la movilidad suelen ser consideradas como “propiedades de la materia”, las nociones “tiempo” y “espacio” que a partir de ellas se configuran no sólo están mucho más lejos de ser “propiedades” sino sobre todo de ser “de la materia”. A menos que consideremos que la conciencia misma es una propiedad de la materia, lo cual me parece que, en este caso, además de forzar innecesariamente los términos, es algo bien distinto de lo que se intenta significar.

El planteo de que existen distintos grados de preconciente me parece lícito, pero me parece en cambio una solución demasiado fácil que no enriquece el pensamiento postular la existencia de tantos “tiempos específicos” distintos como los que podría establecer el cálculo infinitesimal sobre las distintas “velocidades” preconcientes.

Sobre la atemporalidad

Citaré aquí algunas ideas planteadas para otro trabajo, aún inconcluso, acerca de la concepción del tiempo en relación con la melancolía (Chiozza, 1981f). Creo que será en definitiva el camino más corto para aclarar algunos de los aspectos que, sobre el tema de la atemporalidad, se cuestionan:

El movimiento se percibe de manera directa como algo que ocurre *en el presente*. Si presenciar algo es hacerlo efectivamente presente mediante los sentidos (por ejemplo, prestándole atención), el

movimiento “presenciado” es la percepción de un movimiento que se está realizando. Aquí no existe, de manera directa o inmediata, la idea de un pasado. Ocurre en un presente en un cierto sentido “atemporal”, o, mejor dicho, se trata de un tiempo que no es “cronológico”, de un tiempo que no compromete la idea de un “antes” y un “después” y sin embargo (esto constituye la idea más difícil de aceptar) es tiempo. Se trata de un tiempo primordial que se manifiesta como ritmo, período o pulsación, conceptos estos que debemos cuidarnos de no reducir a la idea que acerca de ellos nos formamos luego de analizarlos desde nuestra concepción crono-lógica y que comprometen dentro de sí otra serie diferente constituida por el valor, el acento o la importancia.

Otra cosa ocurre cuando al comparar la percepción actual con una imagen semejante evocada mediante la memoria advertimos que algo no coincide. Ingresamos entonces, a partir de este “registro” de “un cambio de lugar”, en la noción intelectual de que algo *se ha movido* y en el concepto de un espacio *recorrido*.

Es el movimiento inaccesible a los sentidos, imaginado o deducido pero no presenciado, el acto que suponemos ha ocurrido en nuestra ausencia, el que engendra la idea de un pasado *real*, el *concepto* de un tiempo *transcurrido*, concepto que, a través de la idea de un tiempo que *se ha ido*, se confunde casi con una vivencia.

Este tiempo que “transcurre” es concebido, a despecho de cuanto se diga en contrario, bajo la imagen de una configuración espacial. A veces como si fuera una sustancia que se quema, que se disuelve y que se acaba, o que fluye de lo por-venir a lo ya ido. Otras veces como si fuera un espacio infinito que se recorre desde un lugar, el pasado, ahora seguramente inaccesible, hacia un otro lugar, el futuro, al cual quizá se acceda.

Cuando hablo del pasado como un “lugar” ahora seguramente inaccesible, evito a propósito decir “al cual no se puede volver”, porque la palabra “volver” implica una idea de tiempo distinta que es primaria con respecto a la anterior. Si el tiempo que transcurre de manera irreversible, el tiempo crono-lógico o real, es un derivado del proceso secundario o racional (a pesar de las imágenes y metáforas que intentan aproximarlos a la vivencia), la idea de un tiempo circular en el cual lo presente y lo futuro vuelven al pasado, o la idea de un eterno retorno del pasado con el nombre de presente o de futuro (ideas que llevan también implícitas en sus metáforas e imágenes una noción de espacio y movimiento), provienen del ejercicio de un proceso primario, mágico, dentro del cual la concepción de un futuro nace primordialmente como deseo o temor a que lo pasado vuelva.

Se configura así una historia que ya no es cronología de un suceso real y concreto, sino mito, leyenda o narración de un acontecimiento iterativo o recurrente constantemente alegórico.

Tanto el psicoanálisis, con su noción de transferencia, como las distintas formas del arte, cuyos temas trascienden al de los objetos y personas que representan, nos invitan a ser más cuidadosos en lo que respecta al desprecio con que contemplamos la magia cuando nos instalamos en un pensamiento racional que no mantiene en la conciencia de qué manera su maravillosa arquitectura hunde sus cimientos en significados e importancias que surgen del ejercicio del proceso primario.

Advertimos además que la idea de una crono-lógica no deja de tener contradicciones difíciles de resolver. Muchas de estas aporías han sido repetidamente señaladas desde antiguo. Exploremos una especialmente interesante.

Si lo pasado vuelve, lo que vuelve no ha pasado; no es lo que pasó sino lo que ahora está pasando. Si lo pasado no vuelve, nada de lo que ahora es puede ser re-conocido ni pudo ser pronosticado, tampoco puede haber noticia alguna de la existencia de un pasado. La idea de hacer intervenir a la memoria como una parte perdurable de aquello que ahora se ha perdido no altera la inconsistencia lógica de la proposición. Tampoco vale el sostener que lo que vuelve *era* pasado y una vez vuelto no lo es, porque si así fuera, ¿cómo podría ser establecido lo que *era* sino mediante aquella parte, presente, que no se ha perdido? Pero la parte no puede ser “lo mismo”, no puede ser igual al todo constituido por lo que ahora se conserva más lo que en el presente se ha perdido. Si aquello que perdura no *es* aquello que antes era, el recuerdo no puede ser una parte del pasado real sino, precisamente, lo contrario. *El recuerdo es algo no-pasado, es una parte del presente que produce la idea de un pasado, como el deseo presente produce la idea de un futuro sin serlo en realidad.*

Retomando el tema en un punto interrumpido señalemos además el hecho trascendente de que ese pasado real, del cual hemos dicho que ahora es inaccesible, ha nacido ya inaccesible, por ser el producto de la “deducción” de un movimiento no presenciado, de un acto igualmente inaccesible a partir del cual se estructura el convencimiento acerca de la existencia de un pasado que, como tal, como pasado, nunca ha sido vivenciado.

Pero ¿y el recuerdo?, se dirá. ¿No nos aporta en sí mismo la vivencia de un tiempo que pasó? ¿No es acaso un resto perdurable del pasado? ¿Un testimonio de algo que realmente aconteció? Lo cierto es que el recuerdo nos aporta la vivencia de una ausencia, pero la vivencia de una ausencia no es la vivencia de un transcurso hacia el “ya no es” de lo pretérito.

Es necesario no confundirse en este punto. Si yo no encuentro al amigo que recuerdo, la vivencia de su ausencia no es la vivencia de que este amigo ha dejado de existir. Aquello que se duela, lo que

duele tanto al hombre como al tigre, es la ausencia que ocurre en el instante que constituye al tiempo primordial. La ausencia es actual; más aún, es la acción de otra presencia. Pero el hombre, a partir de su intelecto, puede añadir al recuerdo que se acompaña de una ausencia el producto de un concepto que, desde la alternativa “existe todavía” o “no existe ya”, codetermina y enriquece su sentir y su accionar. Es este intelecto el que asigna al objeto del recuerdo la forma pretérita del verbo existir.

La certeza de que mi amigo existió o aun el conocimiento de que ha muerto no es actualmente una vivencia sino el producto de un concepto entretejido de manera indisoluble a su recuerdo. No se trata de discutir esa certeza; se trata muy por el contrario de comprender que deriva de la arquitectura intelectual de un concepto, el mismo concepto que atribuye al recuerdo su categoría de producto de una vivencia que ocurrió en un presente que ahora es pretérito.

El recuerdo, ni siquiera como espera de una presencia, ni siquiera como deseo o como temor, puede constituirse, de manera directa, en la cantidad mensurable de un intervalo que separa dos presencias. La noción de un intervalo (mensurable) entre dos presencias es un concepto al cual se llega porque el intelecto construye previamente la idea de un pasado y un futuro a la manera de una hipótesis auxiliar que, dentro de nuestra imagen lógica del mundo, se constituye en creencia indudable.

Después del largo párrafo que acabo de citar creo que se comprenderá mejor por qué, cuando pienso que el recuerdo es una “representación o apariencia de aquello que está ocurriendo actualmente”, no estoy en realidad desvalorizando el recuerdo, al cual considero, entre otras cosas, nada menos que artífice de la noción “tiempo”, sino que, por el contrario, lo que sostengo es que en nuestro campo de trabajo el recuerdo tiene más valor que la pretendida realidad pretérita a la cual alude. Me preocupa (y no porque no pueda entender lo que habitualmente se piensa al respecto de lo que se denomina “una realidad que ya no está más”) aquello que le sucede al pensamiento cuando se pone de veras a tratar de concebir si es posible sostener la existencia de una realidad que “ya no está más”.

Ocurre aquí, con respecto a la existencia de un pasado real, lo que ocurre en la física con la teoría de la relatividad. Para el hombre de la calle, la menor distancia entre dos puntos seguirá siendo la recta y para sus fines habituales esto funciona suficientemente bien. Sin embargo, para el físico, el haber comprendido que esta trayectoria, en el estado actual de sus conocimientos, deberá ser inexorablemente curva, es trascendental.

Me parece necesario insistir en que, tal como lo expreso en el trabajo original (Chiozza, 1979f [1978-1979])²⁴ y lo reitero en la primera parte de estos comentarios, esta posición teórica no implica interpretar permanentemente en el “aquí y ahora” y esto por dos razones. En primer lugar porque nuestra creencia cotidiana en la existencia del pasado y del futuro no sólo sigue siendo “utilizable” sino que nos resulta imposible, en la medida en que impregna nuestro lenguaje y nuestro mundo, desprendernos de ella más que por breves instantes. En segundo lugar porque no sólo el presente de un tiempo primordial no es el presente cronológico, sino que el valor del recuerdo y el de la construcción para la teoría de la técnica y del arte psicoanalíticos aumenta en lugar de disminuir en cuanto se adquiere conciencia de su condición de mito, narración o temática literaria. De modo que suscribo totalmente la idea de que “al final, claro, al paciente sólo le interesa el presente porque al analista no le interesa otra cosa”. Y es más, hubiera jurado que esto y las complicaciones a que da lugar quedaban perfectamente claras en el trabajo.

Acerca del deseo, lo real, la enfermedad y la vida

En cuanto a que la enfermedad es el reino del deseo que no se concreta y “la vida” es la realización material del deseo, me parece completamente insostenible. En primer lugar porque la enfermedad es también la realización material de un deseo y pertenece a la vida. Weizsaecker (1950) ha demostrado de manera admirable en su *Patosofía* que la enfermedad (tanto la física como la psíquica) es constituyente esencial de la vida y la salud una construcción ideal, inalcanzable, a la cual uno sólo se aproxima de manera transitoria. En segundo lugar porque el deseo del cual decimos que no se concreta materialmente y permanece en lo ideal es también constituyente esencial de la vida. Lo contrario implicaría sostener que la vida es unilateralmente materia. Por eso, aunque entiendo a dónde apunta, a mí no me parece tan “razonablemente clara” la distinción de Freud e insisto en el desarrollo que acerca de esta problemática planteo.

En cuanto a la “roca viva” o “el suelo biológico”, hay mucho por decir. Demasiado para este lugar. He comprobado muchas veces que la investigación psicoanalítica hace retroceder el terreno de lo anteriormente

²⁴ {En este tomo se encuentra desdoblado en dos artículos: “La interpretación de la transferencia-contratransferencia” (Chiozza, 1998j [1978-1979]) y “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia” (Chiozza, 1979i).}

inaccesible, “roca viva” inclusive. En un reciente seminario realizado en el Centro Psicoanalítico di Roma sobre *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, presentamos seis trabajos –publicados con ese título en Buenos Aires por la Universidad del Salvador (Chiozza y colab., 1979a) y en Italia por el Centro Psicoanalítico di Roma (Chiozza y colab., 1979b y 1979c)– que, en su conjunto, abarcan ese tema. De uno de esos trabajos (Chiozza y colab., 1979g) extraigo el párrafo siguiente porque me parece pertinente.

Dado que ni la medicina tradicional ni el psicoanálisis pueden ofrecer, desde cada uno de sus campos, una solución integral para todos los trastornos que pueden aquejar al ser humano en el terreno de lo que se considera enfermedad, no existe en principio razón ni derecho para privar en ninguno de los casos, a ninguno de los pacientes que acuden a la consulta médica, de una exploración desde ambos abordajes.

En cuanto al interrogante para pensar sobre el final del análisis, aquí también me alegra y satisface el saber que compartimos una inquietud, porque estoy seguro de que la posibilidad de compartir es lo único que otorga sentido a la trayectoria de una vida individual.

Estoy completamente de acuerdo con que todo discurso necesita de un hilo conductor y que, en este caso, el hilo conductor puede ser nuestra experiencia con el paciente, que pasa así a constituir aquello a lo cual el discurso, en última instancia, se refiere. Es más, pienso que muchas veces es la ausencia de un referente claro lo que no solamente contribuye a crear malentendidos sobre aquello que se dice, sino que, peor aún, lo asemeja peligrosamente al ejercicio de la palabra vana.

Deseo aclarar, sin embargo, casi al modo de una digresión, que no suscribiría la afirmación rotunda de que nuestra experiencia con el paciente que se está psicoanalizando es el obligado referente de todo discurso psicoanalítico. Creo que el psicoanálisis, y ya desde sus comienzos, en la misma obra de Freud, trasciende ampliamente las fronteras de esa experiencia para abarcar, como objeto de estudio y como fuente de los datos que su teoría procesa, el mundo entero de lo psíquico, que incluye tanto a la simbolización que crea el arte como a la significación que engendra a la “historia”. Creo además que el “laberinto” del psicoanálisis puede, afortunadamente, ser recorrido a partir de numerosos hilos distintos, atravesando de este modo trayectos diversos. También aquí resulta profundamente válida la afirmación del poeta: “...se hace camino al andar”. Mi insistencia en este punto no es casual, ya que constituye una de las tesis centrales de

un trabajo recientemente publicado (Chiozza, 1978j) en el cual se abordan numerosas cuestiones conexas con las que hoy nos ocupan.

La idea de que lo que accede al discurso deviene real coincide con lo afirmado por Todorov a propósito de la palabra pública. Estoy de acuerdo también con que la palabra realiza lo que “el silencio quiere y no puede”; pero creo que lo contrario, menos subrayado, es también cierto, y que muchas veces el silencio genera una transformación de lo real que la palabra interferiría. No obstante, cuando escribo que “la magna función de la palabra es restablecer el silencio”, subrayo la función de la palabra y me refiero a las situaciones en que esa función se ha cumplido de manera exitosa.

Estoy de acuerdo con que la oposición entre “enfermedad” y “vida” en el texto freudiano citado puede comprenderse como la oposición entre principio de placer o cumplimiento del deseo por un lado y juicio de realidad o experiencia de satisfacción por el otro, pero, como digo en el trabajo, si intentamos profundizar en esta diferencia no es fácil mantenerla. Las razones de tal dificultad ya fueron expuestas. Se trata, en lo esencial, de que la enfermedad, además de cumplir con un deseo, satisface también una necesidad, aunque lo haga de un modo que consideramos inadecuado en la medida en que podemos imaginar otro mejor. No olvidemos que la enfermedad es una solución que el paciente ha encontrado como manera particular de sobrevivir. Al mismo tiempo la vida no es sólo experiencia de satisfacción o juicio de realidad; la vida real existe indisolublemente ligada al reino del deseo, sin cuya existencia sería, como vida, inconcebible.

Érase una vez...

En cuanto al tema del tiempo, entre las palabras de Heidegger me parece singularmente conmovedora la pregunta: “¿Cuál es el origen de esta idea, corriente hace mucho, del tiempo como pasar, de lo temporal como lo pasajero?”.

A mí también me parece curioso y digno de ulteriores reflexiones el que los verbos latinos correspondientes a “nacer” y “morir” tengan forma pasiva, al contrario de lo que ocurre con sus traducciones o con el verbo “vivir”. No comprendo bien, en cambio, por qué no aceptar que la agonía no pertenezca a la muerte, apoyando este rechazo en el argumento de que la muerte “entitativamente” no es. De todos modos, lo que sostengo en el trabajo es que mientras que la agonía pertenece a la vida, la muerte (me re-

fiero, claro está, a la muerte que ocurre a esa vida) no se presentará dentro de ella y por lo tanto no le pertenece.

Einstein sostiene que el universo es “finito” o “cerrado”, porque su dimensión es matemáticamente calculable, pero que es “ilimitado”, en el sentido de que puede ser “recorrido eternamente” sin identificar en él algún límite reconocible. ¿Ocurrirá con el proceso psicoanalítico algo semejante? ¿Podrá, como en la historia de las famosas cajas chinas, ser este proceso concebido (trascendiendo las coordenadas témporo-espaciales de lo que habitualmente llamamos individuo) como el análisis interminable de los personajes “históricos” que habitan un sujeto transitorio bajo la forma de los llamados objetos internos o también como las “innumerables existencias del yo” a las cuales Freud se refería?

Vistas las cosas de este modo, la tarea no es finita en el sentido de una amputación (de una pérdida de lo que ya se ha alcanzado y que deja tras de sí el monumento conmemorativo de una restitución cicatrizal), sino en el sentido en que es finita la vida. Cada vida alcanza la culminación en un rítmico oscilar que, después de haber llegado al punto más alto de su curva, retorna otra vez, en cada neonato, a inaugurar el campo virgen de una nueva conciencia, que admite “desde cero” el trazado de su propia y particular experiencia.

Cada psicoanálisis finito será entonces finito en cuanto es ése, y su resultado se asemejará, más que al muñón de un amputado, al adquirir conciencia de que sólo se puede coparticipar desde un punto singular, y no más que desde “allí”, en el concierto de la vida. Nunca se termina de decir, es cierto, y sin embargo, cada palabra finaliza una ocasión.

Esto nos conduce al “Érase una vez...” (esa frase que la sabiduría inconciente primorosamente decantó para el uso de los cuentos infantiles), porque *esa vez era una de las tantas* en que todo ocurre como siempre, pero ocurre “de nuevo”, en “una” vez que es ésa y sólo ésa, *nueva para una conciencia que mantiene en lo inconciente la reiteración de la sempiterna temática*, cuyo sentido, justo porque es sempiterno, es descifrable. De ahí que la “verdad” del cuento, como la “verdad” de la construcción o del recuerdo, trascienda el sentido del acontecimiento material *acaecido en la escenografía de un pretérito que emerge, diseñado, desde un instante presente*.

La insistencia de Kierkegaard en *lo que no fue* como única repetición posible de la realidad, me recuerda la afirmación de Weizsaecker acerca de que posible es lo no realizado, mientras que imposible es aquello que ya se ha realizado. Tienta completar esta afirmación de una manera poética:

¿Por qué razón absurda pero fuerte,
 en la añoranza de la vez primera,
 se prefigura el triunfo de la muerte
 y lo imposible me obliga a que lo quiera?

¿Por qué debo querer lo que ya ha sido,
 si lo que ha sido ha sido sin querer?
 ¿Por qué entonces, frente al tiempo que se ha ido,
 finjo querer lo que no pudo ser?

El “no ser” de lo que “es” constituye aquello que habilita al “ser otro” y que inaugura al símbolo, como representante de un ausente cuya ausencia es notada, mientras que el “ser” de aquello que “no es” constituye la llamada transferencia, como inconciente ficción de una particular presencia. Pero ¿qué es lo que hay en el meollo de este Jano bifronte que constituye la fuente de toda metáfora y el origen de toda palabra, sino la urdimbre de un “proceso” terciario que nos brinda la posibilidad de psicoanalizar?

Afirmar que “tal vez no podemos dejar de movernos entre los *Escila* y *Caribdis* de una verdad imposible a la que apuntamos más allá del plano del amor pero que es pura amputación, y una verdad posible dentro de un saber que es ilusorio y engañoso, de una amputación renegada, que surge en la unificación imaginaria del amor”, no sólo es convincente sino, además, conmovedor. Entre estos dos escollos existen, afortunadamente, las aguas navegables del amor y del saber que son algo más que una ilusión. Si nada hubiera florecido no habría posibilidad alguna de amputar.

**EL ESTUDIO PATOBIOGRÁFICO COMO
INTEGRACIÓN DEL CONOCIMIENTO
PSICOANALÍTICO CON LA PRÁCTICA
DE LA MEDICINA GENERAL**

(1979)

Luis Chiozza, Carlos Bahamonde, Alejandro Fonzi
y Juan Carlos Scapusio

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1979g) “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico con la medicina general”.

Ediciones en castellano

L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979.

Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Traducción al italiano

“Lo studio patobiografico quale integrazione della conoscenza psicoanalitica con la pratica della medicina generale”, en L. Chiozza y colab., *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 114-124.

Frente al hombre enfermo la medicina ofrece fundamentalmente dos modos de abordaje bien definidos: uno de ellos derivado en última instancia del ejercicio de la mano, constituye una técnica física en su trato con la materia que impresiona a los sentidos. Sus nociones giran alrededor de aquella organización del conocimiento que configura las ciencias naturales. El otro, derivado en principio de la enunciación de la palabra, configura un procedimiento histórico en su trato con las ideas que integran el universo de significados que denominamos mundo psíquico. Sus nociones giran alrededor de aquella organización del conocimiento cuyo objeto es la cultura. Mientras que el primero culmina en la explicación de mecanismos constituidos por una relación de causa-efecto, el segundo culmina en la comprensión de una estructura constituida por una relación de significación (Chiozza, 1974a [1972], 1978j).

Cuando uno de estos abordajes del hombre enfermo resulta exitoso ya sea en el hallazgo de una alteración o en el logro de su finalidad, es habitual y casi inevitable desembocar en la convicción de que se ha descubierto una enfermedad cuya esencia pertenece al mismo terreno en que dicho abordaje se ha realizado.

Sin embargo existe otro campo de la experiencia que pone en crisis esta convicción: la noticia cotidiana e inmediata de que una acción físicamente realizada se acompaña de un cambio cualitativo de importancia en el campo de la significación o, viceversa, que la aparición de un nuevo significado en el mundo de los símbolos cursa con una evidente alteración de la materia. Tanto una como otra conducen a la opuesta convicción de que la enfermedad no es, en sí misma, ni física ni psíquica, sino que, por el contrario, lo físico y lo psíquico son un producto del método con el cual nos aproximamos al enfermo, que es un ente completo en su unidad.

En nuestra época, un número progresivamente mayor de pacientes se torna cada vez más renuente a considerarse a sí mismos como mecanismos y a sus enfermedades como desperfectos más o menos estables de una supuesta maquinaria. También se resisten a ofrecerse como “pasivo” campo de batalla para el desarrollo de un pretendido combate entre el agente patógeno y los elementos terapéuticos que constituyen la estrategia del médico.

Dado que ni la medicina tradicional ni el psicoanálisis pueden ofrecer, desde cada uno de sus campos, una solución integral para todos los trastornos que pueden aquejar al ser humano en el terreno de lo que se considera enfermedad, no existe razón ni derecho para privar en ninguno de los casos, a ninguno de los pacientes que acuden a la consulta médica, de una exploración desde ambos abordajes. La necesidad de esta doble exploración nos introduce lamentablemente en una difícil problemática.

Los métodos que configuran ambas medicinas se interfieren entre sí en alguna de sus partes. Una formación médica suficiente en cada uno de esos métodos demanda muchos años. Lograr esa formación en cada médico constituye una pretensión difícil de satisfacer. Así como existen pacientes que experimentan la necesidad de una medicina integral de un modo conciente, no es menos cierto que tanto en ellos como en muchos otros, existe una fuerte tentación de concebir su enfermedad como un proceso puramente físico que no comprometa una significación que, por displacentera, ha sido reprimida. Esta resistencia instala la interpretación psicoanalítica de los trastornos somáticos en una dificultad similar a la que experimentó el psicoanálisis en la época heroica en que, privado de todo consenso, se encontraba por completo fuera del *establishment* científico. “La investigación psicoanalítica de los trastornos somáticos, al descubrirnos el drama íntimo que se oculta públicamente en cada trastorno, se trate de un resfrío, una angina tonsilar o un infarto cardíaco, desnuda otra vez públicamente nuestra vida privada, nos despoja de los recursos de la adaptación en sus nuevos reductos e impone un nuevo esfuerzo creativo a nuestra represión” (Chiozza, 1976f [1975]). Por último es necesario tener en cuenta que el intento de brindar a cada acto médico y a cada juicio clínico la oportunidad de una coparticipación psicoanalítica, implica obligatoriamente la constitución de un procedimiento que pueda ser realizado en un tiempo limitado.

Las necesidades planteadas a raíz de los problemas mencionados conducen a la realización de una tarea que se efectúa con el concurso de médicos formados en distintas especialidades que configuran, junto con varios médicos psicoanalistas, el equipo que realiza el tipo de labor que denomi-

namos, tal como es efectuada en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker, estudio patobiográfico²⁵.

Describiremos brevemente el modo en que se realiza este método: en primer lugar un médico psicoanalista realiza una anamnesis, historia que se construye junto al paciente siguiendo los lineamientos de un interrogatorio preformado, con la doble finalidad de tipificar una experiencia y de evitar escotomas u omisiones en los datos recabados. Tal interrogatorio suele ampliarse espontáneamente en los puntos que se consideren necesarios.

Esta anamnesis abarca, muy prolija y reiteradamente, detalles sobre la enfermedad actual y una interrogación sistemática sobre las enfermedades padecidas en distintos órganos del cuerpo. Se consignan a continuación, extensamente, los datos de niñez, evolución y desarrollo, situación y vínculos familiares, escolaridad, adolescencia, estudios secundarios y universitarios, medios de vida, cambios de residencia, sexualidad, matrimonio, etc. En este interrogatorio, que abarca habitualmente de seis a ocho horas divididas en períodos de dos horas, y que se realiza en un plazo aproximado de diez días, el psicoanalista consigna las respuestas, a los fines de un doble acceso interpretativo, en los mismos términos en que el paciente las formula y también, a veces, algunas observaciones.

El médico anamnesista solicita, además, al paciente un grupo de fotografías que lo representen, tanto a él mismo en diferentes épocas de su vida, como a los seres que considere más significativos, elegidas según la preferencia espontánea del enfermo.

²⁵ Este estudio es un método inspirado en la obra de Groddeck, quien aplicó el psicoanálisis a la comprensión de las más diversas enfermedades somáticas, Weizsaecker, que dotó a esa tarea de una profunda fundamentación científica y filosófica, y en los desarrollos con los cuales Chiozza integró algunas de esas ideas en la tarea psicoanalítica. Fue creado por Chiozza, Laborde, Obstfeld y Pantolini y dio nacimiento al Centro de Consulta Médica Weizsaecker. {En el capítulo III de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b), OC, t. XIV, y en “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicósomática” (Chiozza, 1998/ [1986]), OC, t. IX, se encuentra una descripción detallada del procedimiento. Para una historia del Centro, véase “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica” (Chiozza, 1995K), OC, t. VI.} El conjunto de preguntas que se utiliza para la anamnesis fue tomado de *Introducción a la medicina psicósomática* de Carlos Segúin (1947), con algunas modificaciones. La sinopsis se realiza a partir de las ideas propuestas por Mariano Barilari en *La vida del enfermo y su interpretación* (Barilari y Grasso, 1948). El nombre “patobiografía”, que fue tomado de Weizsaecker, también fue utilizado para designar métodos distintos, aunque dirigidos hacia finalidades similares, por autores como Pedro Laín Entralgo (1950b) y Günter Clauser (1968).

Mientras tanto, el paciente es examinado por el clínico general y por los especialistas que tanto el médico anamnesista como el clínico consideran necesarios. Esta tarea finaliza cuando cada uno de los médicos intervinientes ha considerado en la historia clínica su diagnóstico y su indicación terapéutica debidamente fundamentados y acompañados, cuando fuera menester, de los exámenes de laboratorio correspondientes.

Así se va configurando una historia doble: por un lado un protocolo biográfico, por otro una historia clínica tradicional como corresponde a la inevitable circunstancia constituida por la formación unilateral de los médicos intervinientes. Preferimos, en esta primera etapa, la dicotomía constituida por dos médicos que poseen una experiencia clínica considerable y han profundizado en el conocimiento de sus respectivas medicinas, a la habitual integración realizada a expensas de una formación médica insuficiente en uno o en ambos terrenos.

De la reunión de todos estos elementos, el anamnesista realiza una breve sinopsis, que contiene un resumen de la carpeta clínica y el esclarecimiento de una serie de ítems. Entre dichos ítems se destacan el motivo latente de consulta, el factor eficaz específico desencadenante del proceso actual, la fantasía inconciente de enfermedad, la fantasía inconciente de curación, la relación de las situaciones biográficas dramáticas con las enfermedades de los órganos y su lenguaje. Todos estos son elementos utilizados para establecer las conclusiones preliminares. A partir de las cuales se realiza una discusión en tres etapas. Para la primera de ellas se reúnen solamente los psicoanalistas que intervienen en el estudio. En la segunda etapa, con la presencia del equipo completo, se realiza, a la manera de un ateneo, una extensa discusión de la problemática que el enfermo plantea a la medicina tradicional. En la tercera etapa se integra, en un juicio clínico unitario, la orientación terapéutica con el esclarecimiento de la estructura biográfica que ha entrado en crisis y que fundamenta la consulta.

Esta estructura biográfica, esclarecida a lo largo de los diferentes pasos del estudio, permite organizar las conclusiones finales que posteriormente uno de los médicos psicoanalistas que formó parte del equipo comunicará al paciente.

Dichas conclusiones se transmiten a partir de los “puntos de coincidencia” entre las expresiones espontáneas del paciente, que provienen de la estructura temática que el propio paciente se ha configurado, y la interpretación que el estudio ha obtenido. Se otorga de este modo, junto a una orientación terapéutica, el esclarecimiento de la situación inconciente que configura el punto de urgencia.

Siete días más tarde otro de los médicos psicoanalistas que ha formado parte del equipo retoma la tarea efectuada por el primero, evalúa la reacción del paciente a la misma, las distorsiones u omisiones que el enfermo realiza y procura reelaborar, desde su propio lenguaje, aquella tarea.

En este punto el estudio ha finalizado y sólo será reabierto ante una posterior consulta o por motivos de investigación. Los datos con respecto a la evolución posterior suelen provenir de fuentes indirectas.

Luego de lo que hemos dicho anteriormente con respecto a las fantasías específicas y al lenguaje de los órganos (Chiozza y colab., 1979a; Chiozza, 1978i), resulta casi innecesario explicar que durante la realización del estudio otorgamos especial importancia a la relación existente entre los distintos procesos orgánicos y los episodios biográficos más significativos.

Podemos comprobar entonces que en los puntos en los cuales aparece un hiato en el desarrollo temático de la biografía, surge la enfermedad o el trastorno corporal cuya interpretación restablece la continuidad de la historia. Como resultado de esta labor, y trascendiendo los detalles constituidos por cada una de estas significaciones parciales, se va configurando la temática de una vida que se hace comprensible en su sentido como una historia particular, con sus crisis, sus peripecias y sus distensiones. El equipo en contacto con esta historia, por estar compuesto por un grupo de personas forzosamente distintas, se constituye en una “piedra de toque” polifacética con respecto a la interpretación del sentido de esa historia. La discusión así establecida adquiere el carácter de una tarea comprometida en donde cada interpretación tiene el peso de la elección de un camino y el resultado al cual finalmente se arriba constituye inevitablemente otra historia, otra temática, que sobre el mismo paciente se traza con un significado distinto. Cuando el paciente es confrontado con esta historia, comprueba no sin cierto asombro que su interlocutor está compenetrado, no sólo de innumerables detalles que configuran su vida, sino además del sentido que el mismo paciente otorga a estos detalles. Esto último, sumado a la resignificación que adquiere en el estudio el conjunto de su vida, le resulta profundamente conmovedor. Dicha resignificación comenzó ya a prefigurarse dentro de él, como posibilidad durante las horas en las que el interrogatorio anamnésico lo obligó a reunir, unas tras otras, diferentes vicisitudes de su historia.

En nuestra valoración del vínculo con el enfermo incluimos, además del contacto con cada una de las personas que configuran el equipo, el que se establece con el personal administrativo y con el Centro mismo como institución. En los encuentros que tenemos con el paciente no abordamos, como lo haríamos en la sesión psicoanalítica, la comunicación verbal de la interpretación de la transferencia que, sin embargo, procuramos reali-

zar en silencio y mantener en la conciencia (Chiozza, 1979*i*). Tampoco propiciamos el establecimiento de una regresión transferencial ni el desarrollo de una neurosis de transferencia, dado que, como es natural, ambas condiciones son el producto tanto de un contacto prolongado como de la verbalización explícita de la relación con la persona del médico. Cuando la transferencia-contratransferencia configura una resistencia que dificulta la prosecución del proceso (y siempre que no pueda resolverse el problema mediante un cambio en el encuadre o en la actitud que los distintos médicos o la institución mantienen frente al paciente), en algunas ocasiones recurrimos a la comunicación verbal de algunos contenidos transferenciales.

Desde nuestra técnica, que impone un orden sistematizado y por lo tanto distinto al de la asociación libre, tratamos de que los desplazamientos de la investidura se elaboren, en el orden de la relación transferencial, mediante la representación de los diversos objetos que configuran las escenas de la historia que nos relata el paciente.

En este punto recordamos conceptos de Freud (1910*k*), vertidos en “El psicoanálisis ‘silvestre’”, que afirman el valor terapéutico de aquellas comunicaciones de contenidos que, si bien no se ofrecen dentro del orden técnico adecuado y sistemático del psicoanálisis ortodoxo, permiten, a pesar de todo, llevar a la conciencia algunas significaciones reprimidas. Freud expresa que, en última instancia, lo único que puede salir perjudicado, como resultado de esta intervención, es el prestigio del médico, ya que el paciente suele favorecerse viendo ceder sus síntomas o decidiendo dar un paso hacia la curación. Aunque el enfermo “maldiga” la intervención del médico, ésta le hace mucho menos daño que alguna de las rebuscadas e insostenibles afirmaciones que en el terreno de la relación causa-efecto suelen hacerse.

También se desprende de sus mismas palabras que tales inconvenientes pueden evitarse en la medida en que el médico, cumpliendo con los requisitos propios de la técnica psicoanalítica, otorgue al paciente el tiempo suficiente para la elaboración de sus resistencias. En atención a las necesidades impuestas por el encuadre de nuestro intento terapéutico, nos planteamos la posibilidad de ejercer una actividad interpretativa “directa” de los conflictos más reprimidos, utilizando al mismo tiempo nuestra experiencia acumulada durante el ejercicio de la actividad psicoanalítica ortodoxa en el manejo de la transferencia-contratransferencia, a los fines de atemperar las reacciones afectivas desfavorables implícitas en dicha actividad interpretativa “directa”. Este propósito se ve facilitado por dos circunstancias favorables: la primera es que el profundo conocimiento de la vida del paciente, que el prolijo interrogatorio implícito en nuestro método nos brinda, nos ayuda a encontrar un lenguaje apropiado para dichas inter-

pretaciones; la segunda consiste en que la exhaustiva discusión a que sometemos dicho material entre un grupo constituido por psicoanalistas que, como es natural, tienen distintas estructuras caracterológicas, permite una elaboración de dichos contenidos que, realizada en un tiempo y un terreno diferentes al psicoanálisis ortodoxo, otorga sin embargo, al resultado de esa labor, una cualidad particular que en algo se asemeja a la que se logra durante el proceso psicoanalítico en un tiempo varias veces mayor.

Además de lo que puede deducirse de cuanto hemos dicho hasta aquí, la finalidad esencial del estudio consiste pues, más que en la reestructuración del carácter —lo cual sólo podría obtenerse a través de un tratamiento psicoanalítico prolongado—, en el cambio de una situación crítica que, como factor eficaz desencadenante, sostiene el proceso somático o determina una respuesta desfavorable a los intentos terapéuticos tradicionales.

La experiencia recogida en ocho años, a través de un número aproximado de mil patobiografías, no defraudó nuestras expectativas y nos ha permitido comprobar, además, que entre el tratamiento psicoanalítico y el estudio patobiográfico existe una relación de complementariedad según la cual se benefician recíprocamente, en la prosecución de sus fines específicos diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- ABADI, Mauricio; BARANGER, Willy; CHIOZZA, Luis y DE GREGORIO, Jorge (1978d [1977]) “Mesa redonda sobre el concepto de fantasía”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXV, N° 2, APA, Buenos Aires, 1978, págs. 305-370.
- ABERASTURY, Arminda; CESIO, Fidias; GARMA, Elizabeth; SMOLENSKY, Giuliana y ZAC, Joel (1966) “Transferencia y contratransferencia”, en *Psicoanálisis en las Américas*, Paidós, Buenos Aires, 1968.
- AIZENBERG, Sergio (1964b) “Un carácter psicótico. Aportaciones al psicoanálisis del carácter”, presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1964.
- BARANGER, Madeleine y BARANGER, Willy (1961) “La situación analítica como campo dinámico”, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, t. IV, N° 1, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1961-1962, págs. 3-54.
- BARILARI, Mariano y GRASSO, Leonardo (1948) *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, El Ateneo, Buenos Aires, 1948.
- BATESON, Gregory (1953) “Metálogo: Sobre los juegos y el ser serios”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 41-46.
- BATESON, Gregory (1954b) “Una teoría del juego y la fantasía”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 205-221.
- BATESON, Gregory (1956) “La base en la teoría de las comunicaciones”, parte de “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 232-241.

- BATESON, Gregory (1964) "Las categorías lógicas del aprendizaje y la comunicación", en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 309-338.
- BATESON, Gregory (1966) "Problemas de la comunicación en cetáceos y otros mamíferos", en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 391-404.
- BATESON, Gregory (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976.
- BATESON, Gregory (1979) *Espíritu y naturaleza*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1981.
- BION, Wilfred Ruprecht (1962) *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- BION, Wilfred Ruprecht (1967) *Volviendo a pensar*, Hormé, Buenos Aires, 1977.
- BULFINCH, Thomas (1951) *La edad del mito*, Emecé, Buenos Aires, 1951.
- CESIO, Fideas (1960a) "I. El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 1, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 58-75.
- CESIO, Fideas (1960b) "II. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 3, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 289-298.
- CESIO, Fideas (1963) "La comunicación extraverbal en psicoanálisis. Transferencia, contratransferencia e interpretación", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XX, N° 2, APA, Buenos Aires, 1963, págs. 124-127.
- CESIO, Fideas (1964) "El letargo. Una reacción a la pérdida de objeto. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXI, N° 1, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 19-27; y en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 41-51.
- CESIO, Fideas (1965b) "Sobre técnica psicoanalítica. La interpretación en el aquí y ahora. Valoración de esta formulación conceptual fundada en las ideas de Freud sobre la atemporalidad de lo inconciente", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXIII, N° 2, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 149-160; en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 235-248.
- CESIO, Fideas (1966b) "Revisión bibliográfica de los conceptos de transferencia y contratransferencia en la obra de Freud", presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1966.

- CESIO, Fidias (1970a) “Consideraciones sobre la experiencia transferencial-contratransferencial en el tratamiento psicoanalítico”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 551-569.
- CESIO, Fidias y colab. (1964b) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares) “La negación y la omnipotencia (‘manía’) en la interpretación”, en *Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, t. I, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 5-14; Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 74-82; AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 193-203, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. VIII}
- CESIO, Fidias y colab. (1966c) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Julio Aray, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks y Julio Granel) “El uso del ‘usted’ en la práctica psicoanalítica” (resumen), en *II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos*, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 332-333.
- CESIO, Fidias y colab. (1966d) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Julio Aray, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks y Julio Granel) “El uso del ‘usted’. Un estudio psicoanalítico” (incluye un resumen), en *II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos*, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 40-51. {Se incluyó como primer apartado de “Entre tú y yo se interpone usted” (Cesio y colab., 1970j [1966]), en OC, t. VIII.}
- CESIO, Fidias y colab. (1968) (Colaboradores.: J. Abuchaem, A. Cagnoni, T. S. de Fundia, J. Marotta, C. Martínez, J. Martínez, R. Piedimonte, J. Saínz, L. Storni y M. Tractenberg) “Lupus eritematoso sistémico. Una investigación psicósomática. Comunicación preliminar”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 465-490.
- CESIO, Fidias y colab. (1970c [1963]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares) “Psicoanálisis del antijudaísmo. El antijudaísmo tal como aparece en la práctica psicoanalítica”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 61-77, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; *Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995. {OC, t. III}

- CESIO, Fideas y colab. (1970j [1966]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Julio Aray, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks y Julio Granel) “Entre tú y yo se interpone usted”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 205-220, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Este artículo incluye “El uso del ‘usted’. Un estudio psicoanalítico” (Cesio y colab., 1966d) y la versión completa de “El uso del ‘usted’ en la práctica psicoanalítica” (Cesio y colab., 1966c).} {OC, t. VIII}
- CESIO, Fideas y colab. (1971) (Colaboradores.: J. F. de Liberman, M. Guiter y R. Raimondi) “La transferencia es un cumplimiento de deseos”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXVIII, N° 4, APA, Buenos Aires, págs. 677-696.
- CHARON, Jean (1977) *L'esprit, cet inconnu*, Albin Michel, París, 1977.
- CHIOZZA, Luis (1963a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar*, Luro, Buenos Aires, 1963. {El contenido de esta comunicación fue incluido en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970. Reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. {OC, t. I}
- CHIOZZA, Luis (1970l [1968]) “El qué-hacer con el enfermo”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 491-502, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 149-157; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, 389-401; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 45-54. En italiano se publicó con el título “Il che-fare con il malato”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 220-232. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1970m [1968]) “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 503-523, y reimpresión por Pai-

dós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 159-175; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 403-425; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-73. En italiano se publicó con el título “Speculazioni su una quarta dimensione in medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 233-254. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis (1970n [1968]) “La interioridad de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargiemán, Buenos Aires, 1970, págs. 149-222, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 151-218; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 113-163. En italiano se publicó con el título “L’interiorità dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 135-195. {Capítulo III de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1970q) “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje”, en *Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. I, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 25-31; *Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 69-76 (incluye un resumen); L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 67-72; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 117-124; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98. En italiano se publicó con el título “Appunti su fantasia, materia e linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 115-122. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis (1971a) “El significado de la enfermedad”, en *Periódico Informativo*, año 4, Nº 1, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 3-7; L. Chiozza,

- Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 33-35; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 59-62; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 47-50. En italiano se publicó con el título “Il significato della malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 69-72. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1971*b*) “La interioridad de lo inconciente”, en *Periódico Informativo*, año 4, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 15-19; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1972*b*) “Comentario al artículo de Joel Zac acerca de cómo se originan las interpretaciones en el analista”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXIX, N° 2, APA, Buenos Aires, 1972, págs. 236-244; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1973*a* [1972]) “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” (resumen), en *Periódico Informativo*, año 6, N° 1, CIMP, Buenos Aires, 1973, págs. 42-43. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1974*a* [1972]) “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I], en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 25-42; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 103-116; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 197-215; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203. En italiano se publicó con el título “Conoscenza e atto in medicina psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 161-179. {Se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [III] (Chiozza, 1998*u* [1974-1976])} {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1974*b*) “Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXI, N° 1 y 2, APA, Buenos Aires, 1974, págs. 107-140; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós,

- Buenos Aires, 1976/1977, págs. 47-66; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 87-116; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 69-91. En italiano se publicó con el título “Studio psicoanalitico delle fantasie epatiche”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 86-114. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1974c) “La interpretación del material” [I], en *VI Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1974, págs. 37-43; *Eidon*, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 37-45. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1974d) “Nota editorial”, en *Eidon*, N° 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 7-15.
- CHIOZZA, Luis (1975a [1974]) “Corpo, afeto e linguagem”, en *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 9, N° 243, San Pablo, 1975, págs. 243-257. {Con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1975b) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I], en *Encuentro Argentino-Brasileño. “Contribuciones psicoanalíticas a la medicina psicosomática”*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1975, págs. 25-30. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1975c) “La enfermedad de los afectos”, en *VII Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83; *Eidon*, N° 5, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 69-75; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 139-145; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 245-253; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-234. En italiano se publicó con el título “La malattia degli affetti”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 208-218. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1975d) “Nota editorial”, en *Eidon*, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 7-13; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chio-*

zza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Este artículo se publicó con el título “Los afectos inconcientes” [II] (Chiozza, 1997e [1975-1976]), con el agregado de un trabajo titulado “La transformación del afecto en lenguaje” (Chiozza, 1976h [1975]) a modo de apéndice. Una versión reducida del artículo se publicó como apartado segundo de “La interpretación del material” [III] (Chiozza, 1998i [1974-1975]).} {Con el título “Los afectos inconcientes”, en OC, t. III.}

CHIOZZA, Luis (1976a) *Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*, Paidós, Buenos Aires, 1976. Reimpresión en 1977.

CHIOZZA, Luis (1976c [1971]) “Las fantasías específicas en la investigación psicósomática”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 73-80. Se publicó con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 125-136; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-107. En italiano se publicó con el título “Le fantasie specifiche nella ricerca psicomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 123-133. {Con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en OC, t. III.}

CHIOZZA, Luis (1976d [1974]) “El problema psicósomático y la técnica psicoanalítica”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 23-28; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 43-51; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 33-39. En italiano se publicó con el título “Il problema psicomatico e la tecnica psicoanalitica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 56-63. {Es una versión reducida y modificada de la “Nota editorial” de *Eidon*, N° 2 (Chiozza, 1974d). El contenido de este artículo se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicósomática” [II] (Chiozza, 1998u [1974-1976]).} {OC, t. VIII}

- CHIOZZA, Luis (1976e [1974-1975]) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 125-138; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 227-244; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 205-218. En italiano se publicó con el título “La conoscenza psicoanalitica della malattia somatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 190-207. {Este artículo incluye, como apartados primero y tercero, los apartados primero y segundo respectivamente de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I], ampliado con gráficos (Chiozza, 1975b), OC, t. VIII, y como apartado segundo, “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974c), OC, t. VIII.}
- CHIOZZA, Luis (1976f [1975]) “El psicoanálisis y la medicina”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 17-21; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 37-42; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 13-20; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 25-31; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 13-18. En italiano se publicó con el título “La psicoanalisi e la medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 50-55; y en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 17-24. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1976g [1975]) “La causa y el porqué de la enfermedad” [II], en *La Opinión*, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 37-44; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó con el título “La causa e il perché della malattia”, en L. Chiozza, *Corpo*,

affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 73-83. {OC, t. III}

- CHIOZZA, Luis (1976h [1975]) “La transformación del afecto en lenguaje”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 117-123; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 217-226; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 219-226. En italiano se publicó con el título “La trasformazione dell’affetto in linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 180-189. {El contenido de este artículo corresponde al segundo apartado y parte del tercero de “Corpo, afecto e linguagem” (Chiozza, 1975a [1974]), publicado con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1976i) “Comentario al artículo de Mauricio Abadi ‘Meditación sobre el Edipo’”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIII, N° 2, APA, Buenos Aires, 1976, págs. 258-261; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1976j) “Prólogo y epílogo” de L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 7-14. Se publicó con el título “Prólogo y epílogo a la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”, en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 19-29; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-21. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1977c) “El trecho del dicho al hecho. Introducción al estudio de las relaciones entre presencia, transferencia e historia”, en *VIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1977, págs. 49-54; *Eidon*, N° 7, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1977, págs. 57-64; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 13-18. {OC, t. III}

- CHIOZZA, Luis (1978e [1977]) “Patología de la transferencia y la contra-transferencia”, en *Psicoanálisis actual. XII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Mexicana, México, 1978, págs. 445-455; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {El contenido del trabajo se incluyó como apartados segundo a quinto de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]), y de “La interpretación de la transferencia-contra-transferencia” (Chiozza, 1998j [1978-1979]), OC, t. VIII. }
- CHIOZZA, Luis (1978f) “Acerca de la localización y el momento de la enfermedad somática”, en *IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1978, págs. 84-89; *Eidon*, N° 8, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 75-82; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 19-24. {OC, t. IV }
- CHIOZZA, Luis (1978i) “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [I], en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1978, págs. 901-918 (incluye un resumen); en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979, págs. 1-19. En italiano se publicó con el título “Il problema della simbolizzazione nella malattia somatica”, en L. Chiozza y colab., *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 1-19. {Con modificaciones, sin el resumen, y junto con otros dos trabajos y un apéndice, se incluyó en “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1980c [1977-1978-1979]), en OC, t. IV. }
- CHIOZZA, Luis (1978j) “Hacia una teoría del arte psicoanalítico”, *Eidon*, N° 9, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 5-27; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 427-447; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 37-56; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires,

- 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-176. En italiano se publicó con el título “Verso una teoria dell’arte psicoanalitica. Studio di un episodio nella relazione Dora-Freud”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 31-47. {Este trabajo amplía “La enfermedad somática como forma de inconscientización” (Chiozza, 1978k).} {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1978k) “La enfermedad somática como forma de inconscientización”, en *IX Congreso Interno y XIX Simposium. Inconscientización (represión, negación, renegación, regresión...)*, APA, Buenos Aires, 1978, págs. 97-107.
- CHIOZZA, Luis (1979d [1978]) “El corazón tiene razones que la razón ignora”, en *Eidon*, N° 10, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1979, págs. 77-85; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 357-362; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 95-99. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1979e [1978]) “Respuesta a los comentarios y contribuciones” [II], en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979, págs. 20-50. Se publicó como “Apéndice” de “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 326-347; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [III], en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 49-71. En italiano se publicó con el título “Risposte a precedenti commenti ed interventi”, en L. Chiozza y colab., *L’interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 20-49. {Como Apéndice de “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1980c [1977-1978-1979]), en OC, t. IV.}
- CHIOZZA, Luis (1979f [1978-1979]) “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I], en

Revista de Psicoanálisis, t. XXXVI, N° 2, APA, Buenos Aires, 1979, págs. 201-222 (incluye un resumen). Sin el resumen, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 449-475 (junto con un apéndice, Chiozza, 1980d [1979]); L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 57-81 (con un “Apéndice al capítulo 3”, Chiozza, 1980d [1979]). En italiano se publicó con el título “Sull’uso e il valore della realtà, del transfert e della storia nel trattamento psicoanalitico”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 49-70. {Este artículo reúne los trabajos “La realidad psíquica y la realidad material” (Chiozza, 1995i [1979]), como primer apartado; “Patología de la transferencia y la contratransferencia” (Chiozza, 1978e [1977]), como apartados segundo, tercero, cuarto y quinto, y “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia” (Chiozza, 1979i), OC, t. VIII, como apartado sexto. Los apartados primero a quinto se publicaron con el título “La interpretación de la transferencia-contratransferencia” (Chiozza, 1998j [1978-1979]), OC, t. VIII. }

CHIOZZA, Luis (1979h) “Respuestas del autor”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXVI, N° 2, APA, Buenos Aires, 1979, págs. 237-252.

CHIOZZA, Luis (1979i) “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia”, en *X Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1979, págs. 72-79; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 125-133. {Se incluyó como apartado sexto de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]).} {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis (1980c [1977-1978-1979]) “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 293-347; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Este artículo incluye el contenido de: “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [I] (Chiozza, 1978i) como apartados primero, segundo, tercero, quinto y sexto; “Presencia, ausencia y representación”, como apartado cuarto, publicado luego

independientemente (Chiozza, 2000*b* [1980]); un trabajo presentado en las Jornadas de Psicología del Niño, Universidad del Salvador, noviembre de 1979, como apartado séptimo titulado “Síntesis y conclusiones”, y un “Apéndice” (Chiozza, 1979*e* [1978]).} {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1980*d* [1979]) “Apéndice” de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 476-496; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Apéndice al capítulo 3”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 82-101. Se publicó con el título “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 135-159. {Es una versión modificada de las “Respuestas del autor” (Chiozza, 1979*h*), a los comentarios de Fidias R. Cesio, Marcos Guiter, Elena Jordan Gross y Jaime Szpilka al trabajo “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979*f* [1978-1979]), presentado para la *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXVI, N° 2, APA, Buenos Aires, 1979.} {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis (1981*f*) “Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía”, en *Eidon*, N° 14, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 5-16; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 115-126; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 101-110. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1983*b* [1974-1975]) “La interpretación del material” [II], L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 197-207; *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 1, Borla, Roma, 1984, págs. 155-163; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {El primer apartado de este artículo es una versión modificada y reducida de “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974*c*), OC, t. VIII; el segundo

apartado corresponde al apartado II de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I] (Chiozza, 1975b), OC, t. VIII. }

- CHIOZZA, Luis (1984b [1967-1970]) “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 399-501; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-188. {OC, t. II }
- CHIOZZA, Luis (1986b) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1986 y reimpressiones en 1989/1991/1993. Se incluyó en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Edición ampliada de 2007 (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV. }
- CHIOZZA, Luis (1987c [1974-1975]) “La interpretación del material ‘somático’”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLIV, N° 5, segunda parte, APA, Buenos Aires, págs. 989-1001. {Los apartados primero y tercero de este trabajo corresponden, respectivamente, a los apartados I y II de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I] (Chiozza, 1975b), OC, t. VIII; y el segundo apartado corresponde a una versión reducida de “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974c), OC, t. VIII. Incluye un resumen escrito para la *Revista de Psicoanálisis*. }
- CHIOZZA, Luis (1995d [1963]) “Método, límites y contenido del presente trabajo”, capítulo I de L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a), se publicó independientemente por primera vez en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. I }
- CHIOZZA, Luis (1995i [1979]) “La realidad psíquica y la realidad material”, primer apartado de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]) se publicó independientemente por primera vez en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996*

- (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Es una versión reescrita de las intervenciones de Luis Chiozza en: “Mesa redonda sobre el concepto de fantasía” (Abadi, Baranger, Chiozza y De Gregorio, 1978*d* [1977]). Se incluyó como primer apartado de “La interpretación de la transferencia-contratransferencia” (Chiozza, 1998*j* [1978-1979]), OC, t. VIII.}
- CHIOZZA, Luis (1995*o* [1984]) “Diseño para una investigación farmacológica psicossomática”, apartado segundo de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984*c* [1969-1983]), se publicó independientemente por primera vez en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicossomática’”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 167-177. {Con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicossomática’”, en OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis (1995*K*) “El Centro de Consulta Médica Weizsaecker”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 35-53; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 33-51. En italiano se publicó con el título “Il ‘Centro de Consulta Médica Weizsäcker’”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, Italia, 1995, págs. 39-55. {Con el título “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”, en OC, t. VI.}
- CHIOZZA, Luis (1997*e* [1975-1976]) “Los afectos inconcientes” [II], en L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 21-31. {Este artículo reúne la “Nota editorial” de *Eidon*, N° 3 (Chiozza, 1975*d*), OC, t. III, y, como apéndice, “La transformación del afecto en lenguaje” (Chiozza, 1976*h* [1975]).}
- CHIOZZA, Luis (1998*i* [1974-1975]) “La interpretación del material” [III], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 97-109. {Este trabajo reúne, como primer apartado, una versión modificada y reducida de “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974*c*), OC, t. VIII; como segundo apartado, la “Nota editorial” de *Eidon*, N° 3 (1975*d*), con el título “Los afectos inconcientes” en OC, t. III; como tercer apartado, el apartado

II de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I] (Chiozza, 1975*b*), OC, t. VIII. }

CHIOZZA, Luis (1998*j* [1978-1979]) “La interpretación de la transferencia-contratransferencia”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 111-123. {Este artículo reúne: “La realidad psíquica y la realidad material” (Chiozza, 1995*i* [1979]) como primer apartado, y el contenido de “Patología de la transferencia y la contratransferencia” (Chiozza, 1978*e* [1977]) como apartados segundo a quinto. A la vez, todo el contenido del artículo, junto con “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia” (Chiozza, 1979*i*), OC, t. VIII, como apartado sexto, formaron parte de “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979*f* [1978-1979]).} {OC, t. VIII }

CHIOZZA, Luis (1998*l* [1986]) “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicósomática”, en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 279-294. {OC, t. IX }

CHIOZZA, Luis (1998*u* [1974-1976]) “Conocimiento y acto en medicina psicósomática” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 75-94.

CHIOZZA, Luis (2000*b* [1980]) “Presencia, ausencia y representación”, apartado de “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1980*c* [1977-1978-1979]), se publicó en forma independiente en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 25-33. {“El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II], en OC, t. IV. }

CHIOZZA, Luis y colab. (1966*b*) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “El uso del pensamiento lógico en la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia”, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, t. VIII, N° 3, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1966, págs. 223-229 (incluye un resumen); AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 345-352, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 283-289 (incluye un apéndice); *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995 (incluye el mismo apéndice); *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996 (incluye el mismo apén-

dice); L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 39-44. En italiano se publicó con el título “L’uso del pensiero logico nell’interpretazione posto al servizio della controresistenza”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 25-29. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1966e) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”, en *II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos*, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 210-232 (incluye un resumen); AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 271-290, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 257-282; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 19-38. En italiano se publicó con el título “Studio e sviluppo di alcuni concetti di Freud sull’interpretazione”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 7-24. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1969b) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “La interioridad de los medicamentos”, en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 139-145; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 81-86; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 153-160. Con un apéndice A y un apéndice B, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 167-176; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano, sin los apéndices, se publicó con el título “L’interiorità dei medicinali”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 134-141. {Sin los apéndices, el artículo se incluyó como primer apartado de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).} {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis y colab. (1969c) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Opio” [I], en *Simposio 1969* (I Simposio

- del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 146-152; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 87-92; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 177-184; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-166. En italiano se publicó con el título “Oppio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 142-149. {Se incluyó como tercer apartado de “Opio” [III] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).} {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1970p [1968]) (Colaboradores: Catalina Califano, Edgardo Korovsky, Ricardo Malfé, Diana Turjanski y Gerardo Wainer) “Una idea de la lágrima”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 525-549, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 137-165; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 109-133. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1979a) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Carlos Bahamonde, Jorge Canteros, Alejandro Fonzi, Liliana Grus, Ricardo Grus, Alicia Mariona, Silvia Martin, Enrique Obstfeld, Ada Rosmaryn y Juan Carlos Scapusio) *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979.
- CHIOZZA, Luis y colab. (1979b) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Carlos Bahamonde, Jorge Canteros, Alejandro Fonzi, Liliana Grus, Ricardo Grus, Alicia Mariona, Silvia Martin, Enrique Obstfeld, Ada Rosmaryn y Juan Carlos Scapusio) *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979. Traducción italiana de L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979.
- CHIOZZA, Luis y colab. (1979c) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Carlos Bahamonde, Jorge Canteros, Alejandro Fonzi, Liliana Grus, Ricardo

- Grus, Alicia Mariona, Silvia Martin, Enrique Obstfeld, Ada Rosmaryn y Juan Carlos Scapusio) *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica. Parte II: Verbali sintetici della discussione*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979.
- CHIOZZA, Luis y colab. (1979g) (Colaboradores: Carlos Bahamonde, Alejandro Fonzi y Juan Carlos Scapusio) “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico con la medicina general”, en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979; *Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó con el título “Lo studio patobiografico quale integrazione della conoscenza psicoanalitica con la pratica della medicina generale”, en L. Chiozza y colab., *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 114-124. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1984c [1969-1983]) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Opio” [II], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 263-296.
- CHIOZZA, Luis y colab. (1995h [1975]) (Colaboradores: Alejandro Fonzi y Víctor Laborde) “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 57-66. En italiano se publicó con el título “Le fantasie inconscie dei genitori nella malattia dei figli”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 59-70. {Se incluyó como apartado segundo de “La patobiografía en los niños” (Chiozza y colab. (1995C [1992-1995])).} {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1995C [1992-1995]) (Colaboradores: Silvana Aizenberg, Alejandro Fonzi y Víctor Laborde) “La patobiografía en los niños”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 55-80. {Este artículo reúne tres trabajos: “¿Por qué se enferman los niños?” (Chiozza y Aizenberg, 1992d), OC, t. VI, como primer apartado; “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los

hijos” (Chiozza y colab., 1995*h* [1975]), OC, t. VIII, como segundo apartado, y “La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda” (Chiozza y Aizenberg, 1995*N*), OC, t. XII, como tercer apartado. En la segunda edición de *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, de 1999, se publicaron como artículos independientes. }

- CHIOZZA, Luis y FOKS, Gilda (1966*f*) “La envidia en la contratransferencia” (resumen), en *II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos*, APA, Buenos Aires, 1966, pág. 334. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis y FOKS, Gilda (2008*a* [1966]) “La envidia en la contratransferencia” inédito. {Se publicó por primera vez en OC, t. VIII. }
- CHOMSKY, Noam (1975) *Reflexiones sobre el lenguaje*, Sudamericana, Buenos Aires, 1977.
- CLAUSER, Günter (1968) *Manual de análisis biográfico*, Gredos, Madrid, 1968.
- COROMINAS, Joan (1961) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1961.
- DUCROT, Oswald y TODOROV, Tzvetan (1972) *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.
- ERNOUT, A. y MEILLET, A. (1959) *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Klincksieck, París, 1959.
- FENICHEL, Otto (1961) *Problemas de técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1961.
- FERRATER MORA, José (1965) *Diccionario de filosofía*, Sudamericana, Buenos Aires, 1965.
- FREUD, Sigmund *Obras completas*, Biblioteca Nueva (BN), Madrid, 1967-1968, 3 tomos.
- FREUD, Sigmund* *Obras completas*, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1976-1985, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund** *The Starndard Edition of the Complete Psychological Works* (SE), The Hogarth Press, Londres, 1953-1974, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund (1900*a* [1899]) *La interpretación de los sueños*, BN, t. I, págs. 231-584.
- FREUD, Sigmund (1900*a* [1899]*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1900*a* [1899]**) *The interpretation of dreams*, SE, ts. IV y V.

- FREUD, Sigmund (1905a [1904]) "Sobre psicoterapia", BN, t. II, págs. 396-401.
- FREUD, Sigmund (1905d) *Una teoría sexual*, BN, t. I, págs. 771-824. Título desde la edición de BN de 1972: *Tres ensayos para una teoría sexual*.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]) "Análisis fragmentario de una histeria (Caso 'Dora')", BN, t. II, págs. 601-657.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]**) "Fragment of an analysis of a case of hysteria", SE, t. VII, págs. 7-122.
- FREUD, Sigmund (1907a [1906]) *El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen*, BN, t. I, págs. 585-628.
- FREUD, Sigmund (1907a [1906]**) *Delusions and dreams in Jensen's "Gradiva"*, SE, t. IX, págs. 7-95.
- FREUD, Sigmund (1909b) "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso 'Juanito')", BN, t. II, págs. 651-715.
- FREUD, Sigmund (1910d) "El porvenir de la terapia psicoanalítica", BN, t. II, págs. 402-407.
- FREUD, Sigmund (1910k) "El psicoanálisis 'silvestre'", BN, t. II, págs. 407-410.
- FREUD, Sigmund (1911b) "Los dos principios del funcionamiento mental", BN, t. II, págs. 495-498.
- FREUD, Sigmund (1911e) "El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis", BN, t. II, págs. 410-413.
- FREUD, Sigmund (1912b) "La dinámica de la transferencia", BN, t. II, págs. 413-418.
- FREUD, Sigmund (1912b**) "The dynamics of transference", SE, t. XII, págs. 99-108.
- FREUD, Sigmund (1912e) "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", BN, t. II, págs. 418-423.
- FREUD, Sigmund (1912e*) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", AE, t. XII, págs. 107-120.
- FREUD, Sigmund (1912-1913) *Tótem y tabú*, BN, t. II, págs. 511-599.
- FREUD, Sigmund (1913c) "La iniciación del tratamiento", BN, t. II, págs. 426-437.
- FREUD, Sigmund (1914g) "Recuerdo, repetición y elaboración", BN, t. II, págs. 437-442.
- FREUD, Sigmund (1914g*) "Recordar, repetir y reelaborar", AE, t. XII, págs. 145-158.

- FREUD, Sigmund (1915a [1914]) “Observaciones sobre el ‘amor de transferencia’”, BN, t. II, págs. 442-448.
- FREUD, Sigmund (1915c) “Los instintos y sus destinos”, BN, t. I, págs. 1033-1045.
- FREUD, Sigmund (1915d) “La represión”, BN, t. I, págs. 1045-1051.
- FREUD, Sigmund (1915e) “Lo inconsciente”, BN, t. I, págs. 1051-1068.
- FREUD, Sigmund (1915e*) “Lo inconsciente”, AE, t. XIV, págs. 153-214.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]) *Introducción al psicoanálisis*, BN, t. II, págs. 151-392. Título desde la edición de BN de 1972: *Leciones introductorias al psicoanálisis*.
- FREUD, Sigmund (1917d [1915]*) “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños”, AE, t. XIV, págs. 215-234.
- FREUD, Sigmund (1917e [1915]) “La aflicción y la melancolía”, BN, t. I, págs. 1075-1082. Título desde la edición de BN de 1972: “Duelo y melancolía”.
- FREUD, Sigmund (1920g) *Más allá del principio del placer*, BN, t. I, págs. 1097-1125.
- FREUD, Sigmund (1921c) *Psicología de las masas y análisis del yo*, BN, t. I, págs. 1127-1165.
- FREUD, Sigmund (1923b) *El yo y el ello*, BN, t. II, págs. 9-30.
- FREUD, Sigmund (1924c) “El problema económico del masoquismo”, BN, t. I, págs. 1023-1029.
- FREUD, Sigmund (1925h) “La negación”, BN, t. II, págs. 1134-1136.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]*) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, t. XX, págs. 71-164.
- FREUD, Sigmund (1933a [1932]) *Nuevas aportaciones al psicoanálisis*, BN, t. II, págs. 879-966. Título desde la edición de BN de 1974: *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*.
- FREUD, Sigmund (1937d) “Construcciones en psicoanálisis” BN, t. III, págs. 573-583.
- FREUD, Sigmund (1940a [1938]) *Compendio del psicoanálisis*, BN, t. III, págs. 392-440. En otra edición de BN del mismo año: *Esquema del psicoanálisis*, t. III, págs. 1009-1062 (traducción: Ramón Rey-Ardid).
- FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902]) *Los orígenes del psicoanálisis*, BN, t. III, págs. 585-882.
- FREUD, Sigmund (1950a [1895]*) “Proyecto de psicología”, AE, t. I, págs. 323-436.

- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895*d*) *La histeria*, BN, t. I, págs. 25-129. Título desde la edición de BN de 1972: *Estudios sobre la histeria*.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895*d**) *Estudios sobre la histeria*, AE, t. II.
- GARMA, Ángel (1954) *Génesis psicósomática y tratamiento de úlceras gástricas y duodenales*, Nova, Buenos Aires, 1954.
- GEBSER, Jean (1950) “Necesidad y posibilidad de una nueva visión del mundo”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 13-36.
- GEBSER, Jean (1951) “La cuarta dimensión como signo de la nueva visión del mundo”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 267-289.
- GOMBRICH, Ernst Hans (1966) *Freud y la psicología del arte*, Barral Editores, Barcelona, 1971.
- GRANEL, Julio (1963) “Vicisitudes en la elaboración de las fantasías de muerte y de la angustia de castración”, presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1963.
- GREEN, André (1972) “Notes sur les processus tertiaires”, en *Revue Française de Psychanalyse*, Nº 3, París, 1972.
- GRINBERG, León (1957) “Revisión de los conceptos sobre magia y omnipotencia”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIV, Nº 3, APA, Buenos Aires, 1957, págs. 324-332.
- GRINBERG, León (1961*b*) “¿Por qué negamos?”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVIII, Nº 2, APA, Buenos Aires, 1961, págs. 118-130.
- HORNBY, A. S.; GATENBY, E. V. y WAKEFIELD, H. (1960) *The advanced learner's dictionary of current English*, Oxford University Press, Londres, 1960.
- IBM (1967) *Qué hacen las computadoras y por qué lo hacen*, Centro Educativo IBM, Buenos Aires.
- JENSEN, Wilhelm (1903) *La Gradiva*, Poseidón, Buenos Aires, 1946.
- KIMURA, Doreen (1973) “L'asimmetria del cervello umano”, en *Le Scienze*, Nº 58, S.p.A. Editore, Milán, 1978, págs. 145-153.
- KLEIN, Melanie (1934) “A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states”, en *Contributions to Psycho-Analysis*, The Hogarth Press, Londres, 1948. Edición en castellano: “Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos”, en A. Garma y L. Rasovsky (comps.), *Psicoanálisis de la melancolía*, APA, Buenos Aires, 1948; “Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-

- depresivos”, en *Obras completas*, t. II, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1978, págs. 253-278.
- KLEIN, Melanie (1961) *Narrative of a child analysis*, Basic Books, Nueva York, 1961.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1950a) *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1950b) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1950.
- LAING, Ronald (1969) *Nudos*, Sudamericana, Buenos Aires, 1970.
- LANGER, Susan (1941) *Nueva clave de la filosofía*, Sur, Buenos Aires, 1954.
- LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Baptiste (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, París, 1967. Edición en castellano: *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971.
- MARÍAS, Julián (1954) *Idea de la metafísica*, Columba, Buenos Aires, 1956.
- ORTEGA Y GASSET, José (1928) “La filosofía de la historia. Kant, Hegel y Dilthey”, *Revista de Occidente*, Madrid, 1973.
- ORTEGA Y GASSET, José (1934) “G. Dilthey y la idea de la vida”, en *Obras completas*, t. II, *Revista de Occidente*, Madrid, 1968.
- ORTEGA Y GASSET, José (1935) “Historia como sistema”, en *Obras completas*, t. VI, *Revista de Occidente*, Madrid, 1968.
- ORTEGA Y GASSET, José (1946a) “Idea del teatro”, en *Obras completas*, t. VII, *Revista de Occidente*, Madrid, 1968.
- PALOMBO, Mercedes (1974) “Algunas consideraciones sobre la transferencia positiva”, en *VI Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1974, págs. 139-143.
- PORTMANN, Adolf (1954) “Los cambios en el pensamiento biológico”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 79-100.
- PORTMANN, Adolf (1965) *Le formi viventi*, Adelphi, Milán, 1969.
- QUILLET, Aristide (1963) *Le Quillet Flammarion. Dictionnaire usuel*, Quillet-Flammarion, París, 1963.
- RACKER, Enrique (1953) “Significados y usos de la contratransferencia”, en *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960, págs. 153-201.

- RACKER, Enrique (1957b) “La música y el músico”, en *Psicoanálisis del espíritu*, Nova, Buenos Aires, 1957, págs. 112-143.
- RACKER, Enrique (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- RAPAPORT, David (1962) “Teoría psicoanalítica de los afectos”, en *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1962.
- RAPAPORT, David (1964) *Hacia una teoría del pensamiento*, Ediciones Escuela, Buenos Aires, 1964.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1960) *El psiquismo fetal*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1962) “La posición maníaca”, presentado en el IV Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Río de Janeiro. Resumen en *Simposio sobre manía y psicopatía*, APA, Buenos Aires, 1964.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1950) *Diccionario manual*, Espasa-Calpe, Madrid, 1950.
- RICOEUR, Paul (1965) *Freud: una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México, 1973.
- RODRIGUÉ, Emilio (1965) “El contexto de la transferencia”, en E. Rodrigué y G. T. de Rodrigué, *El contexto del proceso analítico*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- ROF CARBALLO, Juan (1949) *Patología psicosomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- SALVAT (1964) *Diccionario enciclopédico Salvat*, Salvat, Barcelona, 1964.
- SALVAT (1985) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, Barcelona, 1985.
- SCHRÖDINGER, Erwin (1944) *¿Qué es la vida?*, Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1947.
- SEGAL, Hanna (1955) “Notes on symbol formation”, en *The International Journal of Psycho-Analysis*, t. XXXXVIII, N° 6, Londres, 1957, págs. 391-397. Edición en castellano: “Notas sobre la formación de símbolos”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXVIII, N° 3, APA, Buenos Aires, 1981, págs. 595-603.
- SEGUÍN, Carlos (1947) *Introducción a la medicina psicosomática*, T. Scheuch, Lima, 1947.
- TODOROV, Tzvetan (1967) *Literatura y significación*, Planeta, Barcelona, 1974.
- TURBAYNE, Colin Murray (1970) *El mito de la metáfora*, Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
- WADDINGTON, Conrad (1977) *Strumenti per pensare*, Scientifiche Mondadori, Milán, 1977.

- WASSERMAN, G. (1961) “Esbozo de una teoría del campo de la forma y el comportamiento”, en *Percepción extrasensorial*, Simposio CIBA, Eudeba, Buenos Aires, 1961.
- WATZLAWICK, Paul (1976) *La réalité de la réalité*, Seuil, París, 1976.
- WATZLAWICK, Paul (1977) *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona, 1980.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1940) *El círculo de la forma*, Morata, Madrid, 1962.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1941) *Problemas clínicos de medicina psicosomática*, Pubul, Barcelona, 1946.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1946-1947) *Casos y problemas clínicos. Lecciones de antropología médica en la clínica de medicina interna*, Pubul, Barcelona, 1950.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1950) *Pathosophie*, Vandenhoeck y Ruprecht, Göttingen, 1967. Edición en castellano: WEIZSÄCKER, Viktor von, *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
- WINNICOTT, Donald (1971) *Realidad y juego*, Granica, Buenos Aires, 1972.
- ZAC, Joel (1972) “Cómo se originan las interpretaciones en el analista”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXIX, N° 2, APA, Buenos Aires, 1972, págs. 217-232.