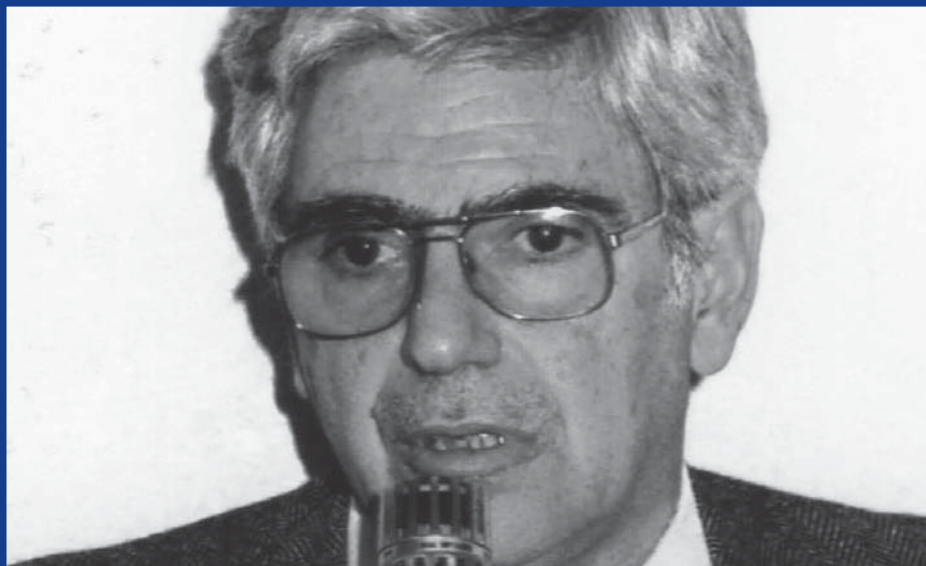


LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS



TOMO IX (1980-1998)

ACERCA DEL PSICOANALIZAR 2

Escritos de técnica psicoanalítica



libros del
Zorzal

Obras Completas

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS
TOMO IX

Acerca del psicoanalizar 2
Escritos de técnica psicoanalítica
(1980-1998)



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis Antonio

Acerca del psicoanalizar 2: escritos de técnica psicoanalítica - 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

v. 9, 248 p.; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-085-2

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 978-987-599-085-2

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

FALSEDAD Y AUTENTICIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE LA TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA (1998 [1980])	13
La transferencia-contratransferencia.....	15
La interpretación	21
Falsedad y autenticidad.....	24
Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato.....	27
CAMINOS DE LA TERAPIA PSICOANALÍTICA (1983 [1981]), Luis Chiozza y Ricardo Grus.....	31
Los desarrollos actuales	33
La contratransferencia.....	34
El letargo	34
El uso de las paratransferencias	35
El uso de la realidad, la transferencia y la historia.....	35
El consenso y el movimiento	36
Falsedad y autenticidad.....	37
El lenguaje y el símbolo.....	37
Los afectos	38
La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática	38
El proceso terciario	39
Ni psiquis ni soma.....	39

PSICOANÁLISIS Y ENFERMEDAD SOMÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (1981).....	43
¿Qué puede hacer el psicoanálisis en beneficio de un enfermo somático?.....	45
¿Qué es lo que se considera un beneficio?.....	46
¿Qué puede hacer el psicoanálisis?.....	51
A manera de síntesis	61
APUNTES PARA UNA TEORÍA DE LA PSICOTERAPIA (1983 [1982])	63
Qué es lo que debe entenderse por psicoterapia	65
Automatización y destreza en el ejercicio psicoterapéutico	66
La categoría del cambio que la psicoterapia intenta	67
Modos y límites en la construcción de un modelo.....	69
El programa psicoterapéutico.....	71
Descubrimiento de las leyes del juego	73
Deficiencias en la construcción de modelos	74
La operación psicoterapia	77
CONVIVENCIA Y TRASCENDENCIA EN EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO (1983 [1982])	81
Los objetivos del tratamiento psicoanalítico.....	83
Un superyó más tolerante.....	83
El superyó inmaduro	84
Incoherencia de valores y crisis axiológica.....	85
El primitivismo afectivo.....	86
El individualismo degradado.....	87
El “vacío” y la “intrascendencia” existencial.....	88
Los roles masculino y femenino	89
Convivencia y trascendencia.....	90
Megasistemas y grupos creativos.....	90
La cuarta injuria narcisista	92
Convivencia y trascendencia en el campo psicoanalítico cotidiano	93

ACERCA DE LA EXTORSIÓN MELANCÓLICA (1983), Luis Chiozza, Catalina N. de Califano, Alejandro Fonzi, Liliana C. de Grus, Ricardo Grus, Elsa L. de Marzorati y Juan Carlos Scapusio	95
El logro mediante el sufrimiento.....	97
Algunos aspectos del sufrimiento melancólico.....	98
Extorsión melancólica, situación analítica y consenso	99
Modificación de la extorsión melancólica	101
LA PARADOJA, LA FALACIA Y EL MALENTENDIDO COMO CONTRASENTIDOS DE LA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA (1983)	103
Qué significa interpretar.....	105
La interpretación psicoanalítica	106
La interpretación “verdadera”, “objetiva” o “correcta”	108
La multiplicidad de símbolos para aludir a un sentido	110
La función del malentendido.....	113
La paradoja y la falacia frente a la ampliación del sentido.....	117
En síntesis	119
LA METAHISTORIA Y EL LENGUAJE DE LA VIDA EN EL PSICOANÁLISIS Y LA PSICOSOMÁTICA (1998 [1986])	121
El modelo histórico-lingüístico.....	123
El lenguaje del cambio.....	125
El tratamiento psicoanalítico.....	127
El estudio patobiográfico	130
Síntesis teórica	139
TEORÍA DE LA TRANSFERENCIA EN KLEIN Y LA ESCUELA INGLESA (1995 [1988])	141
EL PODER TERAPÉUTICO DEL PSICOANÁLISIS (1995 [1990])	147
Para qué sirve el psicoanálisis.....	149
El modelo médico del psicoanálisis	150
Bion y Lacan	150
Groddeck y Weizsaecker.....	151

Entre un <i>Escila</i> y un <i>Caribdis</i>	152
La dirección del cambio que llamamos “terapia”	153
La recuperación de la confianza perdida.....	155
EL PROBLEMA DE LA OPERATIVIDAD EN LA MEDICINA	
PSICOSOMÁTICA (1995 [1991])	159
La relación entre psiquis y soma.....	161
Disidencia entre las metas del paciente y el médico.....	161
Los problemas de encuadre.....	162
La adquisición del instrumento adecuado.....	163
El procedimiento	164
El estudio patobiográfico	165
LA INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL SOMÁTICO EN LA	
SESIÓN PSICOANALÍTICA (1995 [1993])	169
I. La constitución del material “somático”	171
II. La interpretación del material “somático”	174
CÓMO NACE Y SE FORMULA LA INTERPRETACIÓN	
PSICOANALÍTICA (1994)	177
Acerca de lo que significa interpretar	179
El material a interpretar.....	180
El sentido indirecto	180
Percibir es interpretar	181
Verbal, extraverbal y no-verbal	182
La elección del material	183
Acerca de cómo se constituye una historia	184
La significancia del significado.....	185
Acerca de afectos y valores.....	187
La incongruencia del sentido	187
La interpretación psicoanalítica	188
Actualidad y significado en la teoría de la transferencia	190
Origen y enunciado de la interpretación	191
Acerca de la “formación” analítica	194
La consideración de las fuerzas en pugna.....	195
Los cambios en la teoría de la técnica.....	196

RECUERDO, REPETICIÓN Y ELABORACIÓN EN LA CRISIS ACTUAL DEL PSICOANÁLISIS (1998 [1994])	201
¿En qué consiste la crisis?.....	203
Acerca del repetir y el recordar.....	204
Percepción, sensación y recuerdo	205
Presencia, actualidad y significación	206
El afecto, el <i>insight</i> y la elaboración	208
La enfermedad es un oponente digno	209
Los cinco orígenes de las resistencias.....	211
Las distintas etapas de la técnica.....	213
Un campo intermedio entre la enfermedad y la vida	216
 PRÓLOGO DE <i>HACIA UNA TEORÍA DEL ARTE PSICOANALÍTICO</i> (1998)	 219
 Bibliografía	 225

**FALSEDAD Y AUTENTICIDAD EN LA
INTERPRETACIÓN DE LA
TRANSFERENCIA-
CONTRATRANSFERENCIA**

(1998 [1980])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1998k [1980]) “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II].

Primera edición en castellano

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 177-193.

Este artículo reúne “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [I] (Chiozza, 1980g), trabajo presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP) en abril de 1980, y “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato” (Chiozza, 1980e), trabajo presentado en la Jornada de Psicoterapia Analítica realizada en el CIMP en agosto del mismo año.

...todo lo pensado es, y todo lo que es, es un pensamiento... Idea realmente nueva es sólo aquella con la que tiene lugar también un suceso realmente nuevo, ya que ambas cosas vienen a ser lo mismo.

VIKTOR VON WEIZSAECKER (1946-1947)

La verdad nunca puede ser dicha de modo que sea entendida y no sea creída.

WILLIAM BLAKE (1793)

La transferencia-contratransferencia

Comenzaremos por repetir la afirmación que, apoyándonos en otros autores, realizamos en el artículo “La interpretación de la transferencia-contratransferencia” (Chiozza, 1998j [1978-1979]):

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.

Mediante el párrafo citado queremos introducirnos en un pensamiento que enunciamos hace ya algunos años (Chiozza, 1970*m* [1968], 1970*l* [1968]; Chiozza y colab., 1969*b*). Este pensamiento, que incluye las ideas de “trato” y “encuentro” elaboradas por Weizsaecker (1950), adquiere mayor fuerza a partir de la noción de “ecosistema de la mente” desarrollada por Bateson (1972). Se trata de la transferencia¹ concebida como un proceso perteneciente a una realidad que trasciende aquello que, desde nuestra conciencia, llamamos “individuo humano”.

El concepto conciente de individuo, sea humano, animal o vegetal, en relación con el cual se integra el universo de seres que constituyen nues-

¹ Al utilizar la palabra “transferencia” para referirnos al fenómeno general, damos por sobreentendido que abarcamos en ella al proceso transferencia-contratransferencia.

tro mundo, como entes separados que aparentemente ejercitan una cierta independencia, es algo tan fuertemente arraigado, como creencia y como “dato” del sentido común, que resulta difícil tomarse en serio y comprender cabalmente el alcance de aquello que queremos significar cuando hablamos de un sistema psíquico que trasciende lo que desde nuestra conciencia habitual llamamos “individuo”.

Sin embargo, a poco que se amplíe la conciencia, a poco que progrese nuestro conocimiento del universo biológico que integramos, resulta evidente que la teoría que da cuenta armónicamente de un mayor número de hechos observables pone en crisis inevitablemente nuestra idea ingenua de individuo, al brindarnos la noticia de un sistema más amplio y más complejo, que tiene todas las características de aquello que llamamos “organismo” y del cual los “individuos” tradicionales sólo formamos una parte.

Este organismo mayor (tal como hoy lo vemos gracias a una mutación en los sistemas de creencias que subyacen a toda percepción) tiene sus propias “anatomía”, “fisiología”, “psicología” y “patología”, de las cuales sólo conocemos algunos fragmentos de unos pocos capítulos. Así, los existentes materiales de lo que llamamos “lecho ecológico” forman parte de esa nueva “anatomía”. Y, de un modo semejante, la fecundación de las flores por los insectos, la asunción “forzada” de un rol en la comunidad y los desequilibrios ecológicos que amenazan la supervivencia del conjunto formarían parte, respectivamente, de una “fisiología”, “psicología” y “patología” *nuevas*. Anatomía, fisiología, psicología y patología de un conjunto que trasciende los límites de las comunidades familiares o “sociales” humanas y que, si aceptamos las ideas de Koestler (1978), podría, a su vez, integrarse, dentro de una estructura jerárquica, en un organismo más amplio.

Cada conjunto sistémico² u “holón” está ubicado, según Koestler, en una estructura jerárquica, y es una partícula bifronte que funciona “hacia abajo” como un todo integrado por partes, y “hacia arriba” como parte de un todo más complejo –véase a este respecto lo que escribimos en “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje” (Chiozza, 1970q)–. La morfogénesis de ese conjunto, como sucede con el desarrollo embriológico epigenético, resulta de *interregulaciones contextuales* similares a las que encontramos en la gramática o en las narraciones históricas.

La transferencia-contratransferencia, contemplada desde estas ideas, constituiría entonces una función o un proceso propios del “sistema” psí-

² Debemos a Bertalanffy (1949) una “teoría general de los sistemas” y una concepción organísmica que se encuentra en la base de las ideas de Koestler.

quico de un conjunto orgánico “supraindividual”. Debemos recordar que las definiciones que nos legara Freud constituyen un primer paso de abstracción a partir de un campo de experiencia.

Los tres paradigmas clásicos de la teoría psicoanalítica de la transferencia, o sea: la sustitución de una persona anterior por la persona del médico, el desplazamiento de una catexis desde la representación inconciente a la representación preconciente correspondiente a una percepción actual y la idea de una falsa conexión del afecto pretérito a la figura de un interlocutor presente, son, como dije antes, el producto de una primera transformación teórica frente a un tipo particular de experiencia.

A esto podemos añadir, sin variar mucho las cosas, la hipótesis de que la transferencia es un producto de la necesidad libidinosa o de la compulsión a repetir, y todo cuanto la teoría psicoanalítica nos enseña acerca de la interrelación transferencia-contratransferencia, que no repetiremos aquí (Chiozza y colab., 1966*e*; Chiozza, 1998*j* [1978-1979], 1979*i*, 1980*d* [1979]). Lo que nos interesa describir ahora es el tipo de trama con la cual podemos comparar la función o el proceso transferencia-contratransferencia a los fines de comprender algo más con respecto a su esencia.

Debo aclarar aquí lo que entiendo por “trama” y por comparación entre tramas. Recurriré para ello a un concepto de Bateson (1979). Consiste en lo que denomina fenómenos de *moiré* y se refiere, a través de la metáfora constituida por la tela que lleva ese nombre, al hecho trascendente de que la superposición de dos tramas permite visualizar una nueva y diferente, del mismo modo que la descripción de un mismo fenómeno mediante dos organizaciones conceptuales distintas (o el descubrimiento de que dos simbolizaciones complejas diferentes, que aparentan referirse a distintos fenómenos, aluden a un mismo referente esencial) permite acceder a un nuevo terreno epistemológico o a un “nivel” de tipificación lógica más “alto”, más abarcativo o de mayor generalidad.

Bateson llama “*abducción*” a esa especie de gimnasia mental mediante la cual la organización conceptual utilizada para procesar una determinada experiencia, se demuestra de pronto eficaz para la comprensión de otra experiencia proveniente de un campo totalmente distinto. Ya durante la investigación psicoanalítica de los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963*a*, 1970*a*, 1974*b*) nos habíamos enfrentado con la necesidad de valorar este “doble” o múltiple “anclaje” en distintos terrenos, con el cual la experiencia obsequia, inesperadamente, a una “buena” teoría³.

³ Rollo May se expresa del siguiente modo al respecto: “Bateson se transforma, inconcientemente, en poeta, cuando habla acerca de forma y orden, porque éstos

Otro concepto de Bateson, en el cual me apoyaré, atañe a la comparación entre procesos duraderos, que tienden a ser conservados como modelos, y procesos transitorios, que tienden a ser destruidos para conservar los modelos antiguos. El proceso que se gesta como producto del impacto o encuentro *estocástico* entre herencia y experiencia individual, o entre antecedente y presente, puede ser observado tanto en la evolución biológica como en el ejercicio cotidiano del pensar y aprender.

Un enlace entre dos variables es estocástico cuando, sin ser una de ellas función de la otra, tampoco son independientes. Bateson utiliza este nombre, que en su origen griego significa “conjeturar” (Salvat, 1964), para referirse a una secuencia de eventos que combina un componente casual con un proceso selectivo, de modo tal que sólo ciertos resultados de la casualidad puedan perdurar.

Así como en la evolución biológica la “repetición” embriológica epigenética se enfrenta, a través de una cierta “inercia” de procedimiento, con un cambio ocasional que podrá ser conservado o destruido y que, en el caso de ser conservado, podrá ser a su vez creativo o destructivo, análogamente, en el ejercicio del pensar y el aprender, rigor e imaginación –podríamos añadir, de acuerdo con Ortega y Gasset (1940), creencia e ideas– establecerán una interrelación semejante⁴. Si se afirma que la población, al ser heterogénea, es un almacén de posibilidades genotípicas, lo mismo podría decirse en cuanto a un cúmulo heterogéneo de sistemas coherentes de ideas, es decir ideologías.

La selección natural, operando sobre *unidades de supervivencia* (integradas por determinados individuos de una población en su lecho eco-

son, para él, piedras de toque de la vida. Esto puede ser ilustrado con un fragmento de una de las grabaciones de nuestras conversaciones, el cual he puesto aquí en forma de poesía porque de esta manera me impresionó cuando lo escuché de su boca. Gregory, hablando acerca de modelos, decía: ‘...los cuales en el libro que intento escribir / llamo mis viejos amigos, / aquellos modelos con quienes ya antes me encontré / y con los cuales me encontraré nuevamente, / y que me dicen que están vivas las cosas... / Estos modelos existen en la morfogénesis de las caléndulas, / existen en la morfogénesis del bosque, / existen en el libro que estoy intentando escribir / y en cualquier debate entre un grupo de gente. / Son la manifestación necesaria / y el signo visible del organizado ser del sistema...’” (May, 1977, pág. 86).

⁴ Las valiosas consideraciones epistemológicas que, a partir de su campo de trabajo, realiza Konrad Lorenz (1973) en *La otra cara del espejo* coinciden de manera significativa con estos y otros planteos de Bateson, certificando una vez más la existencia de un subsuelo común en los procesos de pensamiento que corresponden al desarrollo evolutivo de una época.

lógico) en un proceso que Waddington denomina asimilación genética, *simula* aceptar (como si se tratara de una herencia lamarckiana) en el acervo genético, las modificaciones casualmente adquiridas durante las vicisitudes de una vida individual. En realidad ocurre que la *flexibilidad* adaptativa de cada individuo, que determina su capacidad para los cambios adquiridos ontogenéticamente, está condicionada por un *correspondiente* mosaico genético, cuyas *variaciones* (distribuidas, en una población heterogénea, por entrecruzamiento de genes o por su mutación) producen, esta vez desde el plasma germinal y de modo “casual”, un cambio equivalente al otrora adquirido ontogenéticamente. La selección natural, operando ahora sobre la población entera, determinará la perdurabilidad de este cambio. Inversamente, la existencia de la “barrera” que Weissman describió y que impide el pasaje de los caracteres adquiridos al acervo hereditario, impide también que tales cambios fortuitos actúen destruyendo la coherencia⁵.

Apoyándonos en estas ideas podemos sostener que la imaginación crea o dibuja “figuras” sobre una “trama” de fondo constituida por la perduración de “figuras” antiguas, las cuales, sometidas en su ocasión al rigor de la lucha selectiva con las otras “variantes” de un sistema intelectual coherente y antecedente, han merecido perdurar y conforman ahora, privadas de la actualidad de conciencia y entretejidas en una red de diseño “periódico”, el suelo “flexible” inconciente para los nuevos acontecimientos concientes.

Las figuras trazadas durante la vida del llamado individuo serán, en su gran mayoría, borradas, como el fenotipo que constituye nuestro aspecto personal, o como los millones de ideas que conformamos en ese transcurso. Son el producto “mixto” de un encuentro estocástico entre nuestra ocasión particular y azarosa y la inercia de una trama genotípica o de un esquema ideológico que limita nuestra posibilidad de conocer tanto como evita la pérdida de nuestra coherencia.

Si decimos que el “contenido” transferido o contratransferido constituye una trama, en cuanto estructura perdurable que hunde sus raíces en la vida infantil, la existencia misma del proceso transferencia-contratransferencia conforma, evidentemente, otra trama de un

⁵ El carácter estocástico de la evolución biológica, aplicado por Bateson, “abductivamente”, a la comprensión del pensar y el aprender, le permite comparar binomios tales como rigor e imaginación, forma y proceso, digital y analógico, calibración y *feedback*, tipos lógicos superior e inferior, tautología y descripción, o genotipo y fenotipo.

nivel lógico o jerárquico más general. Cuando nos ocupamos de la transferencia, nuestro pensamiento se dirige habitualmente hacia el tratar de comprender la existencia y el origen de esos “contenidos” transferidos, pero lo que nos interesa especialmente ahora es comprender mejor la modalidad o la actividad misma que denominamos “transferir”.

El procedimiento abductivo puede ayudarnos, al comparar dos tramas de un mismo grado de universalidad: el terreno de la evolución biológica y el ejercicio mismo del pensar y el aprender. ¿Qué nos aporta en este caso la superposición? Hagamos un pequeño inventario:

- 1) La transferencia-contratransferencia es un proceso estocástico, es decir que se produce epigenéticamente sobre un mandato o modelo antecedente, mediante la combinación con un componente ocasional y creativo que el rigor selectivo del modelo autorizó a perdurar.
- 2) La transferencia-contratransferencia posee un grado de flexibilidad determinado por el modelo antecedente y su *variación sólo es posible dentro de los márgenes de esa flexibilidad*.
- 3) La transferencia-contratransferencia, en tanto contiene el mandato hacia un determinado proceso epigenético, conforma la dirección o el sentido de la vida del conjunto en el cual se manifiesta o desarrolla.
- 4) La transferencia-contratransferencia sólo puede variar más allá de los límites de su propia flexibilidad en la medida en que, dentro de una población heterogénea de modelos, la presión selectiva cambie el “consenso”, es decir la proporción de un modelo (genético o ideológico) estable, como para que constituya mayoría dentro de esa población.

Pero la superposición de la trama, a la manera del mencionado *moiré*, nos permite entrever una nueva, que se impone al espíritu con la fuerza de una significativa visión. La transferencia-contratransferencia aparece como el modo privilegiado en la comunicación intrasistémica de un metaorganismo. Se incluyen de esta manera en un solo bosquejo conceptos tales como el de transferencia de fondos pecuniarios o transferencia del código genético en la síntesis proteica (de un modo análogo, el concepto psicoanalítico de represión poseería un sustrato común con el concepto de represión de los clones prohibidos). Pensamos entonces que la transferencia-contratransferencia, como *traslado que comporta un sentido inmanente, “reconoce” y mancomuna a las partes, generando un sistema mediante la participación*.

La interpretación

En “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974c) decíamos:

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... esto último ocurre en todas las formas del conocimiento.

Más adelante, esforzándonos por definir lo peculiar de la interpretación psicoanalítica, sosteníamos que el fin de este tipo de interpretación es hacer conciente lo inconciente *reprimido*.

Una distinción basada en este concepto no resulta, sin embargo, suficientemente sólida, y menos aún después de haber comprendido la importancia general del llamado significado indirecto (Todorov, 1978) y de las consideraciones que surgen de la obra de Bateson (1979), las cuales nos permiten establecer que durante el proceso del conocer y el aprender, que se realiza de una manera estocástica, *la resistencia va aumentando exponencialmente sus valores en una curva divergente que conduce muy pronto a la completa clausura, ya que el conocimiento y el aprendizaje “genuinos” remontan la escala de la tipificación lógica hacia su metanivel, amenazando muy pronto aquellas creencias que estructuran un sistema coherente, equivalente en el proceso evolutivo a la herencia genética.*

Refuerza todavía más estas consideraciones lo que afirmamos en el apartado anterior, cuando consignamos que los códigos interpretativos inconcientes que subyacen a toda percepción están constituidos por nuestros sistemas de creencias igualmente inconcientes. (De modo que la llamada

“objetividad” suele ser precisamente aquello que refuerza la resistencia hacia el cambio.)

En “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974c) señalábamos también que el ejercicio de la actividad interpretativa 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. Varios de estos sujetos, o todos, pueden coincidir en una misma persona.

Podemos añadir ahora que si consideramos la existencia de un metaorganismo en el cual el proceso llamado transferencia-contratransferencia es intrasistémico, debemos tener en cuenta también la coincidencia de estos cuatro sujetos en una actividad autointerpretativa permanente característica de este metaorganismo, el cual, dentro de un proceso evolutivo, tiene la capacidad de conocer, aprender y pensar, aparentemente de manera creciente.

Veamos ahora lo que Bateson denomina categorías lógicas del aprendizaje:

En el *aprendizaje 0* simplemente se absorbe información. Esta acumulación de información alcanza en nuestros días, según Ruyer (1974), la cualidad de una intoxicación del intelecto. En el aprendizaje 0 no hay progreso ni cambio, ni siquiera habituación; sólo la respuesta habitual preexistente hacia cada nueva información recibida en las categorías de significación ya conocidas. La información se expande así solamente de manera aritmética. Una computadora funciona habitualmente en esta categoría.

En el *aprendizaje I* la expansión de la información es geométrica, se aprende un hábito y se adquiere conciencia de esta habituación. Se alcanzan progresivamente más claves para encontrar dicha información. Se adquieren nuevas conexiones entre estímulo y respuesta, pertenecientes al modelo implícito, y se adquiere conciencia de las características del contexto, pero ni el modelo ni el contexto en sí mismos son objetos de la conciencia y del cambio. Se aprende por habituación durante un entrenamiento que no implica reflexión acerca del contexto mismo.

En el *aprendizaje II* se aprenden proposiciones acerca de contextos; el contexto y las premisas acerca del aprendizaje cambian. Se aprende a aprender de una nueva manera. Aquello que llamamos análisis de la transferencia (para ser más claros deberíamos decir de un “contenido” transferido), en la medida en que conduce a un cambio de significación que implica un cambio del contexto interpretativo, es un aprendizaje II. La neurosis experimental de un animal es, según Bateson, el resultado de una imposibilidad para acceder a este nivel de aprendizaje.

El *aprendizaje III*, que puede ser equiparado a algunos tipos de vivencia religiosa, parece requerir cierta irrupción de lo inconciente, mediante la cual ocurre una identificación con aquello que se está aprendiendo y un tipo de absorción que trasciende al contexto o al sistema de contextos. En su *Patosofía* Weizsaecker (1950) relata y valora una experiencia personal de este tipo (implícita también en su concepto de “la malicia del objeto”).

El *aprendizaje IV*, que el hombre tal vez no alcance jamás, figura en la lista sólo a los efectos de señalar que la serie permanece abierta y que el ser humano con sus capacidades anímicas es sólo una parte de las posibilidades epistemológicas de ese conjunto que llamamos naturaleza.

De cuanto llevamos dicho hasta aquí surgen algunas conclusiones trascendentes:

1) Aquello que denominamos habitualmente interpretación psicoanalítica es una forma particular de aprendizaje, específicamente aprendizaje II, ya que la interpretación de lo que se considera reprimido es la concientización de un contexto de significación preformado e inconciente que una vez, en la infancia, fue conciente.

2) Si tenemos en cuenta la existencia de lo que Freud denominaba el inconciente no reprimido (para subrayar con esto el hecho de que nunca, durante la existencia individual, había accedido a la conciencia), nos encontramos entonces con que *interpretar lo reprimido no es lo mismo, en todos los casos, que interpretar lo resistido*, ya que precisamente es el inconciente no reprimido, que forma las estructuras coherentes que sostienen la organización del sistema según modelos preformados que deben ser preservados, aquel que presenta las mayores resistencias al cambio⁶. Para decirlo con un ejemplo: la ruptura

⁶ Resulta pertinente recordar aquí que Bateson (1972) se refiere a la existencia de, por lo menos, cuatro tipos de inconciente. Para aludir al primero de ellos recurre a la tesis de Samuel Butler, quien sostiene que cuanto mejor “conoce” algo un organismo, tanto menos conciente se torna de su conocimiento. Consignemos que Schrödinger (1958) plantea, de un modo similar, que lo que ya se sabe es inconciente, mientras que aquello que se está aprendiendo, por el contrario, es conciente. El segundo tipo es descrito a partir de las experiencias llevadas a cabo por Adalbert Ames, quien demuestra que las imágenes concientes y tridimensionales que vemos se forman mediante procesos en los que intervienen las premisas matemáticas de la perspectiva, o similares, de cuyo uso somos totalmente inconcientes. El tercero coincide con el concepto freudiano

epistemológica que significó el descubrimiento del psicoanálisis no es un acto de interpretación psicoanalítica de lo reprimido; es, por el contrario, el producto de un acto interpretativo “metapsicoanalítico”, “psicoterapéutico”, además, con respecto a la población humana en su conjunto.

3) Uniendo las consideraciones realizadas en el apartado anterior acerca de la existencia de un metaorganismo “supraindividual”, con lo que surge del tener en cuenta a la selección natural operando sobre una población heterogénea completa (con subunidades de supervivencia que también son transindividuales), encontramos que la actividad de cambio evolutivo más importante, forme o no forme parte de aquello que denominamos “psicoterapia”, es la que *se ejerce mediante la flexibilidad de cada individuo (es decir, por ejemplo, en cada diván) como presión selectiva sobre un conjunto heterogéneo completo que contiene suficientes variaciones en sus modelos coherentes preformados (genética o ideológicamente), reforzando selectivamente un cambio (genético o ideológico) en el consenso de esa población afectada por el cambio adaptativo (flexible) de unos pocos individuos.*

4) La interpretación del significado específico de los trastornos somáticos trasciende el ámbito propio de la interpretación psicoanalítica de los complejos infantiles reprimidos y representa una ruptura epistemológica, cuya supervivencia depende de un “movimiento” destinado a cambiar un consenso en la población. El “origen” de una tal ruptura epistemológica, que actúa como presión selectiva, puede ser concebido tanto a partir de algunos individuos que han logrado un acceso transitorio a nuevos modelos de pensamiento a expensas de su flexibilidad, como a partir de individuos cuya variación (genética o ideológica) les brinda un acceso permanente e irreversible a dichos modelos.

Falsedad y autenticidad

Evitaremos emprender aquí la investigación del sentido inconciente de las palabras “falso” y “auténtico”. Nos proponemos denotar con ellas un significado preciso que es fácil definir. Llamaremos “falsedad” a la discordancia transmitida a través de dos o más formas de comunicación dife-

de proceso primario, y el cuarto, con los descubrimientos de Freud acerca de la existencia de lo reprimido.

rentes (siendo una de ellas, por lo general, inconciente), y “autenticidad”, a su concordancia.

Con el fin de esquematizar un tema complejo supondremos que los múltiples lenguajes, mediante los cuales transcurre la comunicación, pueden ser, a los fines que nos proponemos, representados por dos. Compondremos con ellos pares contrastantes que no son exactamente equivalentes, sino solamente analógicos. Tenemos así: proceso secundario y proceso primario, razón y magia, codificación digital y analógica, hemisferio cerebral izquierdo y derecho, símbolo representante y signo expresivo, diferencia e importancia, representación verbal e imagen visual, proceso lineal secuencial discursivo y proceso *gestáltico* de captación simultánea, global, a partir de una parte.

Lo esencial del asunto reside en que no sólo encontramos en estos binomios dos modos de comunicar una determinada información, sino dos modos de procesar, organizar y aun percibir aquello que denominamos “realidad”. Que estos dos modos son ambos valiosos es algo que hemos redescubierto hace poco, una vez que adquirimos conciencia de que el pensamiento racional, con toda su enorme riqueza, es un modelo que se revela muy pobre en el tratamiento de algunos sectores de la experiencia con ese mundo “real”.

Así como el inconciente del médico coparticipa en la interpretación a partir de lo que capta, más allá del lenguaje verbal, en el material del paciente, este último realiza inevitablemente una tarea semejante a partir del material brindado por el psicoanalista. En realidad más que coparticipar en la interpretación *este conocimiento inconciente es el que otorga realmente su significación al contexto y, con él, al acto mismo que se está conviviendo*. Por consiguiente, resulta desconcertante que durante tantos años del ejercicio psicoanalítico se haya desestimado este factor (si no en la práctica, por lo menos en la teoría) en lo que respecta a la influencia de la formulación interpretativa.

El proceso secundario (y con él el lenguaje verbal en cuanto tiene de significación y realización de juicios que son lógicos) establece enunciados que son noticias de diferencias cuya importancia (es decir, cuyo sentido) jamás puede ser otorgada por el ejercicio de un pensamiento racional. Por el contrario, es el proceso primario inconciente el que funciona como atribuidor de importancia y motivador de juicios. Cualquier significación “intermediaria” que, en apariencia, deriva del establecimiento de un juicio, remite en última instancia a este soporte inconciente que mantiene cargado al referente del símbolo.

En “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I] (Chiozza, 1974a [1972]) decíamos:

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.

A partir del prejuicio teórico que consiste en considerar a la formulación verbal, por su carácter de enunciado significativo racionalmente comprensible, como el agente privilegiado del cambio que se desea obtener, se descuida, en el campo del ejercicio psicoanalítico cotidiano, la discordancia cada vez más frecuente de esta formulación con la comunicación inconciente, incurriendo de este modo en una forma de falsedad progresiva que altera no solamente el resultado que se pretende obtener sino incluso su evaluación posterior.

Cabe preguntarse ahora, en función de lo que hemos dicho acerca de la transferencia y la interpretación como procesos estocásticos que operan intrasistémicamente en un metaorganismo, cuáles son los efectos de una tal discordancia y cómo puede ser mantenida.

En primer lugar señalemos que existen motivos para la “falsedad” mencionada, dado que constituye, dentro de la flexibilidad que hemos descrito, el intento de un cambio adaptativo parcial no siempre fallido, aunque, las más de las veces, insostenible.

Cuando esta falsedad se establece desde el analista en el interjuego del proceso que denominamos tratamiento psicoanalítico, caben, esquemáticamente, tres alternativas. En la primera de ellas el paciente desoye y desprecia el contenido verbal de la interpretación y responde solamente a su percepción “intuitiva” del lenguaje no verbal discordante; como el psicoanalista, a su vez, no justiprecia este aspecto de su propia comunicación, el vínculo se interrumpe precozmente o se mantiene perdiendo todas las características de un proceso psicoterapéutico reglado o conciente. En la segunda de ellas el paciente desprecia, inversamente, lo que le aporta su percepción “intuitiva” y se aferra al contenido verbal de la interpretación en lo que éste tiene de manifiesto, embarcándose en un largo proceso de intelectualización, la cual, privada de concordancia afectiva, lo aleja cada vez más de la vida. En el tercer caso el paciente toma la discordancia, de la cual conserva una cierta conciencia, como un modelo ideal al cual busca adaptarse. Se cierra de este modo un círculo; los motivos que dieron origen a la falsedad del analista, sea como modalidad antecedente habitual o ideológica estable, sea como intento

adaptativo para este metasistema paciente-analista, son realimentados esta vez, retroactivamente, por el propio paciente.

Si nos preguntamos ahora si siempre la falsedad es negativa y la autenticidad positiva, debemos responder que no, que la falsedad es una forma de flexibilidad, mientras que la autenticidad parecería exigir la coincidencia con un modelo estable obtenible por variación. Debemos sin embargo finalizar señalando, aunque parezca obvio, que la irreversibilidad de cualquier cambio es función de la autenticidad y de la concordancia de los lenguajes que vehiculizan ese cambio, excepto que, en la metatipificación lógica siguiente, se tomara, auténticamente, a la falsedad misma como meta de cambio.

Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato

1. La interpretación de lo que se considera reprimido es la concientización de un contexto de significación preformado e inconciente que una vez, en la infancia, fue conciente.

2. El inconciente no sólo es el lugar de lo históricamente reprimido como producto de los traumas infantiles; es, además, la instancia funcional que denominamos “proceso primario”, el sistema de creencias que constituye los códigos interpretativos implícitos en toda percepción “objetiva” y el sistema coherente que asegura el cumplimiento de los automatismos que liberan a la conciencia de una ocupación múltiple para la cual no se halla destinada, preservándola para el aprendizaje de lo nuevo. El sistema inconciente es, por lo tanto, el ámbito de la identidad específica, del carácter como modalidad particular en la acción, el soporte del sistema coherente de creencias que configuran una ideología y la estructura misma de lo que denominamos somático.

3. La identidad específica se obtiene como producto de una variación estable desde la cual se ejerce una cierta flexibilidad. Solemos llamar “irreversible” a un cambio mutativo que es estable, y “reversible” al estado (pseudoidentificación o pseudoidentidad) que se obtiene mediante la flexibilidad. “Estar en forma” corresponde a la estabilidad que conserva un máximo de flexibilidad y equivale a “ser uno mismo” o “ser lo que se debe”. “Estar en ruinas” corresponde a la pérdida máxima de flexibilidad y al intento fallido de estabilizar un estado constitutivo.

4. Todo acto de conocimiento es un acto de interpretación que necesita de la intervención de la conciencia, no por lo que tiene de reconocimien-

to, sino por lo que tiene de adquisición o aprendizaje de algo nuevo. El aprendizaje se consolida, estabiliza o perfecciona, en la medida en que se constituye en un “saber cómo” inconciente. Por lo tanto, el aprendizaje progresivo, remontando la escala de la tipificación lógica hacia su meta-nivel, amenaza muy pronto aquellas creencias que estructuran un sistema ideológico coherente, equivalente en el proceso evolutivo a la herencia genética que determina la identidad específica.

5. Toda interpretación de un significado cuyo resultado ingresa a la conciencia implica un hacer conciente lo inconciente que compromete resistencias de muy distinta magnitud. Si tenemos en cuenta la existencia de lo que Freud denominaba “el inconciente no reprimido” y el concepto freudiano de resistencias del ello, debemos concluir en que interpretar lo reprimido no coincide necesariamente con interpretar lo resistido. Precisamente es el inconciente no reprimido, que forma las estructuras coherentes que sostienen la organización del sistema, aquel que presenta las mayores resistencias al cambio.

6. La actividad de cambio evolutivo más importante, forme o no parte de aquello que denominamos “psicoterapia”, es la que se ejerce mediante la flexibilidad de algunos individuos, como presión selectiva, sobre un consenso de población o conjunto heterogéneo completo que contiene suficientes variaciones en sus modelos coherentes preformados. Configura una lucha por la existencia que despierta los afectos y las resistencias más intensos. Una lucha en la cual la participación, sea conciente o inconciente, es inevitable.

7. El descubrimiento del psicoanálisis, como mutación epistemológica, no es un acto de interpretación psicoanalítica de lo reprimido. Es, por el contrario, un acto “metapsicoanalítico” de interpretación, realizado sobre la población humana en su conjunto. Evoluciona bajo la forma de lo que Freud denominaba “el movimiento psicoanalítico”. Podemos compararlo a un cambio adaptativo, sometido a la selección natural que opera sobre una población heterogénea completa, con unidades de supervivencia que son transindividuales.

8. Interpretaciones tales como la del significado específico de los trastornos somáticos trascienden el ámbito propio de la interpretación psicoanalítica de los complejos infantiles reprimidos y representan un cambio epistemológico cuya supervivencia depende de la suerte que alcance un movimiento encaminado a modificar el consenso de un conjunto humano.

9. Una crisis epistemológica semejante puede originarse tanto a partir de algunos individuos que, a expensas de su flexibilidad, han logrado un acceso transitorio a nuevos modelos de pensamiento, como a partir de in-

dividuos cuya variación les brinda un acceso permanente e irreversible a esos mismos modelos.

10. La existencia del fenómeno que hemos llamado un “movimiento” brinda a cada con-trato o tratamiento campos de significación y de trabajo que son metaindividuales. Desconocer la influencia y la operatividad de este consenso público durante la psicoterapia, o en cualquier otra forma de con-trato humano, equivale a renunciar a comprender adecuadamente gran parte de las vicisitudes que determinan tanto su evolución como su desenlace.

**CAMINOS DE LA TERAPIA
PSICOANALÍTICA**

(1983 [1981])

Luis Chiozza y Ricardo Grus

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1983d [1981]) “Caminos de la terapia psicoanalítica” [II].

Ediciones en castellano

Se publicó con el título “A manera de prólogo” en:

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 11-21.

Se publicó con el título “Prólogo del libro *Psicoanálisis: presente y futuro*” 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 “Caminos de la terapia psicoanalítica” [II] en:

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 217-226.

Este texto incluye el contenido de “Caminos de la terapia psicoanalítica” [I] (Chiozza y Grus, 1981d), trabajo presentado en el XI Congreso Interno y XXI Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1981, al que se le agregó un apartado nuevo titulado “Ni psiquis ni soma”, escrito por Luis Chiozza.

Los desarrollos actuales

El mundo circundante que recibió en su seno al recién nacido psicoanálisis (y que al mismo tiempo, en un sentido distinto, le dio origen) fue ese conjunto de factores, tanto culturales e históricos como genéticos y evolutivos, que suelen titularse con el rótulo “la Viena de Freud”. Hoy y aquí, en un tiempo que cada día se vivencia como más escaso, y en un espacio que cada día se vivencia como más pequeño (Gebser, 1950), los problemas tienen caras nuevas y facetas epistemológicas que obligan, a todo psicoanálisis auténtico, a llenar el viejo odre de sus conceptos básicos y persistentes con el vino nuevo de una problemática y una formulación actuales.

Los ya antiguos y remanidos conceptos de salud y enfermedad, por ejemplo (que fundamentan, de manera implícita o explícita, todo cuanto nos lleva a contemplar al psicoanálisis como una forma de terapia), si bien conservan todavía un valor de uso en el terreno de lo intuitivo, conducen a paradojas insolubles cuando se los examina desde un criterio teórico riguroso. (En “Apuntes para una teoría de la psicoterapia” –Chiozza, 1983e [1982]– y “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica” –Chiozza, 1981j– nos ocupamos también de esta cuestión.)

No sólo el ejercicio actual de nuevos procesos de pensamiento (Gebser, 1950) que conmueven los cimientos de todas las formas de simbolización humana (Turbayne, 1970; Bateson, 1979) (entre las cuales se encuentran, obviamente, las ciencias) nos conduce a la necesidad de formulaciones, más abarcativas, que incluyan estos problemas, sino que la vigencia ubicua de lo que se ha dado en llamar una crisis axiológica nos fuerza a usar auténticamente nuestro ingenio para que el psicoanálisis no pierda la frescura que le

proporcionara Freud. Si es importante aprender la letra del creador del psicoanálisis, más importante aún es incorporar “su modo” intelectual. Pero esto, de más está decirlo, no puede ser un mero acto voluntario. El psicoanálisis, como movimiento vivo, evoluciona y se desarrolla en un “ecosistema de la mente” (Bateson, 1972, 1979) que trasciende nuestros propósitos individuales.

Señalaremos ahora, con la brevedad de un inventario, cuáles son a nuestro entender los desarrollos actuales que, respondiendo en parte a los nuevos problemas, inician otros tantos caminos.

La contratransferencia

Más allá de las primeras polémicas acerca de si el uso de la contratransferencia para la interpretación implica un vicio de subjetividad, polémica que hoy asombra por la ingenuidad de su planteo, lo que deseamos subrayar aquí es que la profundización en su estudio ha conducido a la conciencia creciente de que lo que se psicoanaliza no es un hombre individual, sino un vínculo humano de múltiples vértices. Un vínculo en el cual el psicoanalista no puede dejar de participar. El punto de urgencia de ese vínculo, además de ser el único lugar sobre el cual toda psicoterapia genuina encuentra finalmente su apoyo y su clave, se constituye de un modo que involucra siempre los puntos de urgencia en la vida de paciente y analista. Esto nos conduce a descubrir que la interpretación lograda no sólo provoca la emergencia de un recuerdo infantil del paciente cuya significación, activa en el presente, estaba reprimida, sino que ella misma, la interpretación, suele surgir en el analista junto a la resignificación de un recuerdo de su propia infancia revivido en la situación actual.

El letargo

El estudio de los fenómenos letárgicos en el curso del proceso psicoanalítico condujo pronto a la convicción de que el letargo es la forma privilegiada en que lo latente, inconciente, se abre, en primera instancia, camino hacia la conciencia (Cesio, 1966a), y de que el letargo puede llegar a constituir, para el psicoanalista, la enfermedad profesional por excelencia (Cesio, 1965b).

Un interés creciente en el tema nos lleva paulatinamente a comprender, cada vez mejor, las vicisitudes de este fenómeno, e integrarlo con la capacidad de *rêverie* y los fenómenos de *holding*. Nos acercamos de este modo a una mejor comprensión de la necesidad que tiene el paciente de aprender,

durante el proceso psicoanalítico, a transformar el letargo (un estado traumático que corresponde a la alucinación onírica) (Chiozza, 1970a) en el sueño reparador que le devuelve la plenitud de su vigilia.

El uso de las paratransferencias

Luego de haber comprendido que nadie puede ser matado *in absentia* o *in effigie* y de haberse hecho carne la importancia del campo transfe-rencial-contratransferencial, el uso entusiasta y decidido de la constante interpretación en el “aquí y ahora conmigo” nos llevó ineludiblemente a la conciencia de nuevos problemas. El consiguiente incremento de la regresión (prolongándose muchas veces más allá del tiempo restringido de cada sesión psicoanalítica), el predominio progresivo de la transferencia negativa (en aquellos análisis suficientemente prolongados que no constituyen al mismo tiempo pactos neuróticos bajo la forma de vínculos simbióticos estereotipados) y la aparición cada vez más frecuente de “reacciones terapéuticas negativas”, nos llevaron a tomar conciencia de que desembocamos así en una situación similar a la que se daría si el paciente intentara analizarse con sus objetos originales. A partir de este punto comenzamos a revalorizar, a los fines de la formulación verbal al paciente, la utilización de las representaciones de los objetos que, bajo la forma de paratransfe-rencias, forman parte de su relato. De este modo, el grado de conciencia que el paciente adquiere del contenido transfe-rencial-contratransferencial, implícito en la interpretación, es regulado inconcientemente por el propio paciente, de acuerdo con su posibilidad de tolerar la magnitud del afecto movilizado. Encontramos en esta manera la posibilidad de preservar durante el mayor tiempo posible la transferencia amistosa, que constituye, ya desde las mismas formulaciones de Freud, aquella que mejor se presta a los designios del proceso psicoanalítico.

El uso de la realidad, la transferencia y la historia

Este punto contiene al anterior en cuanto a la utilización de la transfe-rencia y la historia, es decir, la historia como narración o relato integrado por conjuntos de significación que constituyen temáticas recurrentes. Pero resta considerar el valor que se adjudica, en relación con la transferencia y la historia, a la realidad que se transparenta a través del decurso asociativo cuando éste adquiere la forma de un relato. No insertamos este tema aquí

para abundar en los conceptos que Freud resume tan brillantemente en las consideraciones que realiza, en *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*), acerca de la realidad de la escena primordial reconstruida durante el análisis del “Hombre de los Lobos”. Nos interesa destacar ahora que aquello que llamamos realidad se manifiesta en el campo de trabajo de un psicoanalista bajo dos formas distintas. Por un lado es aquello que posee la propiedad de excitar a nuestros órganos sensoriales originando una percepción –en este punto es importante subrayar que la percepción integra su imagen siempre a partir de un pre-juicio que, cuando es compartido bajo la forma de un consenso, pasa inadvertido (Watzlawick, 1976)–. Por otro lado, la realidad es aquello que coarta el cumplimiento inmediato del deseo, impidiendo la inmediata y completa consecución del placer, y esta segunda y más importante forma de la realidad, que se halla en la raíz de la primera y constituye el motivo de todo pensamiento, no posee jamás una imagen definitiva.

El consenso y el movimiento

Si tenemos en cuenta la existencia de lo que Freud denominaba “el inconciente no reprimido” y el concepto freudiano de resistencias del ello, debemos concluir en que interpretar lo reprimido no coincide necesariamente, en todos los casos, con interpretar lo resistido. La interpretación de lo que se considera reprimido es la concientización de un contexto de significación preformado e inconciente que una vez, generalmente en la infancia, fue conciente. Precisamente es el inconciente no reprimido, que forma las estructuras coherentes que sostienen la organización del sistema, aquel que presenta las mayores resistencias al cambio.

El descubrimiento del psicoanálisis, como mutación epistemológica, no es un acto de interpretación psicoanalítica de lo reprimido. Es, por el contrario, un acto “metapsicoanalítico” de interpretación, realizado sobre la población humana en su conjunto. Evoluciona bajo la forma de lo que Freud denominaba “el movimiento psicoanalítico”.

La existencia del fenómeno que hemos llamado “un movimiento” brinda, a cada con-trato o tratamiento, campos de significación y de trabajo que son “metaindividuales”. Desconocer la influencia y la operatividad de este consenso público durante la psicoterapia, o en cualquier otra forma de con-trato humano, equivale a renunciar a comprender adecuadamente gran parte de las vicisitudes que determinan tanto su evolución como su desenlace.

Falsedad y autenticidad

Llamaremos “falsedad” a la discordancia transmitida a través de dos o más formas de comunicación diferentes (siendo una de ellas, por lo general, inconciente), y “autenticidad”, a su concordancia. Así como el inconciente del médico coparticipa en la interpretación a partir de lo que capta, más allá del lenguaje verbal, en el material del paciente, este último realiza inevitablemente una tarea semejante a partir del material brindado por el psicoanalista. En realidad, dado lo que hoy sabemos acerca de la importancia del contexto (Bateson, 1979) y del significado indirecto (Todorov, 1978), debemos afirmar que más que coparticipar en la interpretación este conocimiento inconciente es el que otorga realmente su significación al contexto y con él al acto mismo que se está conviviendo.

A partir del prejuicio teórico que consiste en considerar a la formulación verbal, por su carácter de enunciado significativo racionalmente comprensible, como el agente privilegiado del cambio que se desea obtener, se descuida, en el campo del ejercicio psicoanalítico cotidiano, la discordancia, cada vez más frecuente, de esta formulación con la comunicación inconciente, incurriendo de este modo en una forma de falsedad progresiva que altera no solamente el resultado que se pretende obtener, sino incluso su evaluación posterior. Es importante señalar, aunque parezca obvio, que la irreversibilidad de cualquier cambio es función de la autenticidad y de la concordancia de los lenguajes que vehiculizan ese cambio.

El lenguaje y el símbolo

En una época como la nuestra, en la cual la lingüística y la literatura han despertado cada vez más interés entre los psicoanalistas, ha pasado casi inadvertido, curiosamente, el que la polémica fundamental que en torno de este tema se va perfilando gira alrededor del concepto mismo de lenguaje y su relación con el símbolo. Se trata, en efecto, de admitir, o no admitir, que con el término “lenguaje” se abarquen aquellas formas de comunicación que trascienden el ámbito de la palabra organizada en el código de lo que se denomina una lengua. Si bien en apariencia esto es algo que nadie se molestaría en negar, las actitudes cambian cuando se comprende que una admisión semejante lleva implícita la idea de un psiquismo embrionario-fetal y de un lenguaje “biológico” (Bateson, 1979; Chiozza, 1963a, 1981g) que trasciende el ámbito de las actividades humanas y nos enfrenta con la injuria narcisista de renunciar a la posesión exclusiva de la capacidad de

simbolizar. La cuestión duplica su carácter inquietante en la medida en que cobramos conciencia de que la tradicional división entre natura y cultura pierde de este modo su parámetro fundamental (Portmann, 1961).

Los afectos

Freud nos invita a perseguir por separado los destinos que la represión impone al afecto de aquellos otros que impone a “la parte eidética de la representación”. La mayor facilidad que ofrece la segunda, tanto en lo que respecta al manejo técnico como a las formulaciones teóricas y, en general, a la comprensión racional de los significados que el proceso psicoanalítico moviliza, nos ha llevado a descuidar el hecho de que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto, y que significados e importancias se relacionan más con el afecto que con la parte eidética de la representación. Esto nos conduce a subrayar que el “tráfico mental” que llena nuestra vida psíquica y que gravita en ella (Chiozza, 1975c, 1976h [1975]; Taylor, 1979b; Green, 1980), tanto en el sueño como en la vigilia, se halla fundamentalmente constituido por los afectos y sus transformaciones⁷.

La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática

Entre los innumerables indicios de una indiscutible vocación freudiana elijamos solamente tres. En 1938 (Freud, 1940a [1938]*) afirma que la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis consiste en que los pretendidos “concomitantes somáticos” (por oposición a lo psicológico conciente) son lo verdaderamente psíquico. En sus *Estudios sobre la histeria*, utilizando reiteradamente la misma expresión, afirma literalmente que el síntoma “interviene en la conversación” (Freud y Breuer, 1895d*, pág. 61 n. 3 y pág. 163 n.*). En “Lo inconciente” sostiene que el órgano habla (Freud, 1915e*, pág. 195).

⁷ Disponemos de miles de palabras para designar a los objetos de nuestro mundo perceptivo, y de unas pocas, poquísimas, para referirnos a los afectos que sentimos. El hombre de hoy viaja en avión, usa el rayo láser, se entera en unos pocos minutos de lo que ocurre en Tokio, desarrolla una ingeniería genética y logra transplantar sus órganos, pero experimenta la envidia de un modo muy similar a como la experimentaban los hombres de una pequeña y aislada comunidad en los tiempos de Shakespeare. No debe extrañarnos entonces que una semejante desigualdad en su desarrollo lo precipite, inexorablemente, en una crisis ética.

Si la forma, la función, el desarrollo y el trastorno corporales constituyen uno de los múltiples “dialectos del inconciente”, debemos ver en la sostenida exploración de este lenguaje un desarrollo actual acorde con los nuevos baluartes en los cuales se ocultan aquellos conflictos que el psicoanálisis habitual ha desalojado de sus tradicionales reductos.

El proceso terciario

Afortunadamente nuestra capacidad de conocer no depende solamente del proceso secundario. Mientras nuestro intelecto ejercita esa labor sometida a las leyes temporales cuyo paradigma encontramos en el discurso verbal, sucesivo, nuestro proceso primario “juega” con otro tipo de facilidades, que ni son binarias ni son lógicas, que pueden ejemplificarse con la contemplación simultánea de un espacio visual complejo, y “salta”, 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.

¿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? ¿Cuál es la arquitectura que organiza su trama? Sólo a modo de comparación se justifica que enfrentemos con el nombre de “proceso terciario” (Green, 1972; Chiozza, 1970*m* [1968], 1978*j*)⁸ esta idea cuya conciencia nueva, tal vez la más importante de las recientes adquisiciones humanas, constituye una transformación en el “aparato para pensar” del hombre.

Ni psiquis ni soma

Acorde con lo desarrollado en los dos puntos anteriores, hemos de ver a la interrelación psicosomática desde un nuevo ángulo. Si sólo conocemos dos modos de la existencia biológica, a los cuales llamamos “psíquico” y “somático”, la relación entre ambos, aunque usemos la denominación “psi-

⁸ Tiempo después de haber escrito acerca de la existencia de un proceso terciario supe que Silvano Arieti (1976) también describe un proceso terciario, en términos muy semejantes, por lo menos desde 1964, y que Edward De Bono (1969) plantea, desde antes aún, la existencia de un pensamiento lateral cuyo modo de funcionamiento posee muchos puntos en común con el proceso terciario.

cosomática”, se nos escapará inevitablemente, pues ocurre en un “terreno” que, al hallarse “entre” estas dos categorías, las únicas que construye la conciencia mediante el proceso secundario, no pertenece a ninguna de las dos.

La anatomía y la fisiología son ciencias que, tal como se las desarrolla en un consenso predominante, pertenecen a una organización del conocimiento que deriva, en última instancia, de la física, y cuya estructura básica de pensamiento se constituye alrededor de la relación causa-efecto. Estos últimos términos se hallan vinculados entre sí a través de lo que se concibe como un mecanismo.

La psicología es una ciencia que predominantemente pertenece a una organización del conocimiento que deriva, en última instancia, de la historia, y cuya estructura básica de pensamiento se constituye alrededor de la relación de significación que establece el vínculo símbolo-referente. Debemos aclarar que no nos referimos a la historia como cronología, sino a la historia como relato, mito o narración.

Así como el cuerpo se conceptualiza fundamentalmente como materia o energía en un espacio físico-geométrico, la psiquis se conceptualiza fundamentalmente como significado en un tiempo histórico-lingüístico.

Si queremos estudiar las correlaciones que se dan entre el cuerpo y la psiquis, debemos tener presente que tanto la formulación de esas correlaciones en términos de mecanismo genético, como en términos de código semántico, son modelos provisorios e inadecuados que no deben ser utilizados unilateralmente, precisamente porque cada uno de ellos permanece “de su lado” en cada una de las orillas del río que se busca cruzar con un puente.

De más está decir que la unidad “psicofísica” del hombre no es un hallazgo de la ciencia o de la filosofía, sino todo lo contrario, un “dato” primario del ejercicio de la vida que se manifiesta cotidianamente en cada convivencia humana del modo más inmediato y natural. Cuando intentamos conceptualizar de un modo científico o filosófico esta unidad que se manifiesta de un modo inmediato a la conciencia, recaemos permanentemente en dos conceptos: el cuerpo y la psiquis. Estos dos últimos conceptos, aunque coherentes y bien contruidos en sí mismos, permanecen irreconciliables entre sí. Recurrimos entonces a multitud de palabras como “psico-somático” o “psico-físico” en donde el puente fallido es un guión representante de un territorio que científica o filosóficamente jamás ha sido hollado.

Sin embargo, la unidad que llamamos “psico-física” se manifiesta a cada paso, en el terreno científico, bajo la forma de fenómenos que deben ser interpretados o comprendidos, y para los cuales en distintas ocasiones utilizamos nombres diferentes. Hablamos muchas veces de causas, efectos o influencias de lo psíquico en lo somático, o de lo somático en lo psíquico.

Hablamos otras veces del cuerpo expresando a lo psíquico o de lo psíquico imprimiendo una forma significativa al cuerpo. También hablamos de psiquis y soma representándose o sustituyéndose recíprocamente. En todos estos casos, descritos por Weizsaecker (1946-1947) con prolijidad, nuestro modo de concebir la relación psicofísica vuelve a recrear, como ya lo hemos señalado, la separación que buscamos trascender, porque nuestra exploración se orienta a veces hacia la búsqueda de una relación física (un mecanismo) y en otros hacia la búsqueda de una relación histórica (un lenguaje).

Sospechamos que una característica inherente a la estructura funcional de nuestros procesos de pensamiento nos obliga, en este y en otros problemas, a un interjuego binario entre términos opuestos que deben ser mantenidos, destruidos y recreados en el ejercicio del pensar. Si esta condición del pensamiento constituye hasta el presente un requisito inexorable, cuando investiguemos las relaciones entre lo psíquico y lo somático debemos tener presentes dos postulados y disponernos a que el campo de nuestro interés oscile entre el uno y el otro. El primero, que no suscita mayores controversias actualmente, consiste en afirmar que toda significación histórica se manifiesta bajo la forma de una realidad física, aunque esta última puede adquirir en la conciencia el carácter de presente, pasada o futura. El segundo, admitido sin suficiente prolijidad en la teoría y relegado en el ejercicio cotidiano del pensar, consiste en afirmar que toda realidad física constituye una plétora de significado histórico.

Sólo la oscilación de nuestra atención entre una y otra de las “ventanas” mediante las cuales nuestra conciencia logra aprender lo “psíquico” y lo “somático”, nos conducirá paulatinamente a adivinar, detrás del opaco muro que las separa, una tercera forma de la realidad biológica, que no es psíquica ni es somática.

**PSICOANÁLISIS Y ENFERMEDAD
SOMÁTICA EN LA
PRÁCTICA CLÍNICA**

(1981)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1981j) “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”.

Ediciones en castellano

III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoamericano. La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica, CIMP, Buenos Aires, págs. 139-151.

Eidon, N° 16, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1982, págs. 51-75 (incluye un “Resumen”).

Con el “Resumen” convertido en último apartado se publicó en:

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 225-248.

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. 195-214.

Traducción al italiano

“Psicoanalisi nella malattia somatica nella pratica clinica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 141-160 (no incluye el contenido del “Resumen”).

Este trabajo se presentó como relato oficial argentino del III Encuentro Argentino-Brasileño y I Encuentro Latinoamericano “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica”, y formó parte de un seminario dictado en Perugia, Italia, en julio de 1981.

¿Qué puede hacer el psicoanálisis en beneficio de un enfermo somático?

El ejercicio de la práctica psicoanalítica fortalece paulatinamente la convicción de que *la enfermedad somática no posee una existencia independiente de las vicisitudes de la vida inconciente*. Sin embargo, la experiencia que como psicoanalistas adquirimos en nuestro trato con los enfermos que evidencian una alteración somática, nos lleva pronto a reconocer que nos enfrentamos en este terreno con problemas especialmente difíciles.

La problemática planteada presenta dos vertientes. Una constituida por aquellos enfermos que, apoyándose en un consenso ampliamente mayoritario según el cual la enfermedad somática debe ser encarada como el producto de una causa física, no buscan ni aceptan la participación del psicoanálisis en su tratamiento. La otra, constituida por los pacientes que, afectados por una enfermedad somática, aceptan el tratamiento psicoanalítico, fuere porque piensen que éste puede influir en el curso de su enfermedad o por alguna otra razón.

Para introducirnos en el tema conviene formular la siguiente pregunta: ¿qué puede hacer el psicoanálisis en beneficio de un enfermo que presenta una alteración somática?

Frente a la tarea de abordar esta cuestión en general, la memoria propone un inventario de problemas, y el pensamiento, que procura la exploración sistemática, nos permite reunirlos en dos grandes grupos o clases, en una u otra de las cuales, en principio, cada uno de ellos puede ser incluido.

¿Qué es lo que se considera un beneficio?

Tres variables

Podemos aportar algunos elementos útiles a esta cuestión si analizamos las variables de tres desenlaces que se pueden rotular, esquemáticamente, con los nombres “restitución”, “irreversibilidad” y “cambio”.

Restitución

Desde un punto de vista teórico que alcance un grado elevado de abstracción, si tenemos en cuenta fenómenos tales como la inmunidad, la experiencia o la memoria, toda *restitutio ad integrum* no sólo es utópica sino también equívoca, en el sentido en que un proceso que concebimos desarrollándose en el tiempo sólo puede ser recorrido a la inversa en su apariencia espacial. Desde este ángulo, de más está decirlo, vivir es cambiar irreversiblemente, y a veces es útil al médico tenerlo presente frente a un caso concreto, en el cual la reconstitución de una forma o estructura alterada puede alimentar el pensamiento ilusorio de que “todo está como antes”. Sin embargo, y una vez hecha la anterior salvedad, la idea de restitución no sólo es clínicamente útil en determinadas ocasiones, sino que es tan inevitable como la idea, cotidianamente repetida, de “volver a ver” a una persona o de reconocer a un objeto conocido.

Desde un punto de vista pragmático, es decir que juzga acerca de la verdad por sus efectos prácticos, cuando consideremos la posibilidad de una restitución a lo “normal” será necesario tener en cuenta, para evaluar el “beneficio” que configura nuestra meta, que toda parte alterada integra un sistema más amplio. La idea de “combatir la enfermedad”, que se halla implícita todavía en muchas actuaciones médicas, no parece sensata en la medida en que desconsidera la “función” que la enfermedad cumple en relación con los sistemas en los cuales se integra. Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la “solución” que el paciente ha encontrado y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial o puede incluso agravarlo. Weizsaecker lo señalaba diciendo que la actitud del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión: “Fuera con ella”, debería ser reemplazada por otra acorde con el pensamiento: “Sí, pero no así; sino de esta otra manera” (Weizsaecker, 1946-1947, pág. xxviii).

De modo que la recuperación de la forma o estructura espacial de una parte alterada puede acompañarse, a veces inadvertidamente, de un cam-

bio negativo o perturbación en el megasistema que esta parte contribuye a constituir, o en alguna otra parte de ese mismo megasistema. No se trata solamente de considerar la integración del estómago en el sistema digestivo o del sistema digestivo en el hombre entero. Se trata además de la integración del hombre mismo en el sistema familiar, y más allá de esto resta todavía la integración de la familia en una sociedad y de la sociedad en un ecosistema (Bateson, 1972). No solamente fenómenos como el contagio, la contaminación, la endemia o la epidemia, sino también el hecho inevitable de que el individuo humano depende de un consenso, nos colocan repetidamente frente a la evidencia de que el bienestar “privado” es un asunto que no puede separarse de la salud pública.

Irreversibilidad

Cuando nos encontramos con una alteración de la forma, estructura, función o proceso, que juzgamos irreversible, subsiste todavía la posibilidad de evaluar el beneficio teniendo en cuenta la evolución habitual de ese estado y sus consecuencias para el sistema del cual forma parte.

Cambio

Cuando frente a una alteración de la forma, estructura o función de un proceso, en lugar del retorno a la pretendida “normalidad primitiva”, se concibe un modelo de cambio que por su sentido progresivo puede ser nominado cambio evolutivo, también se hace necesario evaluar lo que se considera un beneficio. Es imprescindible entonces, como lo hace Ortega en otro contexto, distinguir entre un “estar en forma” y un “estar en ruinas” (Ortega y Gasset, 1946a).

Definir estas dos expresiones, intuitivamente claras, no es fácil⁹. Recurriendo al aporte de algunos conceptos de Bateson (1972), podríamos sostener que el “estar en forma” equivale a la conservación de un máximo de flexibilidad adaptativa a partir de un núcleo constitutivo que corresponde a cada identidad particular, y que el “estar en ruinas” equivale al gasto máximo de flexibilidad con forzamiento o deterioro de ese núcleo constitucional invariante.

Dentro de estos parámetros, el valor constituido en medicina por la cantidad o duración de la vida, lejos de ser abstracto e “intocable”, debe

⁹ Podemos definir la ruina diciendo que es la presencia de una parte aislada de un todo ausente, parte que nos permite imaginar lo que ese todo fue o podría llegar a ser en su forma plena.

reconsiderarse en sus relaciones recíprocas con los valores calidad de la vida y calidad y oportunidad de la muerte, para lo cual es necesario tener en cuenta también los megasistemas más amplios de los cuales un hombre individual forma parte.

¿Significa esto que el médico debe llegar a enjuiciar la oportunidad de la muerte? Así, aislado de todo contexto particular, no parece sensato ni deseable. Lo que resulta evidente en una época como la nuestra, dotada de un arsenal terapéutico y tecnológico de un poder insospechado, es que la obtención de ese tipo peculiar de calidad de vida que nos lleva a utilizar la expresión “prolongación artificial de la vida” nos conduce, por lo menos, a cuestionar legítimamente el uso automático y unilateral de un derecho semejante.

Señalemos además nuestro acuerdo con Bateson (1972, 1979) en que todo cambio deseable, evolutivo en el sentido de afirmación de la vida, será estocástico, es decir, producto de una adecuada combinatoria entre el modelo constitucional invariante que configura la identidad y la presión de la circunstancia que lo acota y frente a la cual, si bien la conjetura es posible, la seguridad es una ilusión (Weizsaecker, 1950, cap. III, pág. 32). Así, estocásticamente, crece la rama en el lugar que le permite el muro.

De un modo semejante y antagónico, todo cambio indeseable, involutivo, tenderá a ser esquismogénico (Bateson, 1972; Waddington, 1977), es decir producto de un círculo “vicioso” de retroalimentación o *feedback* positivo, operando a la inversa de la retroalimentación negativa que constituye cibernéticamente a los mecanismos de regulación.

Agreguemos por fin la característica más importante de todo cambio evolutivo, característica acerca de la cual se ha ido adquiriendo cada vez mayor conciencia, especialmente en los últimos años. Podemos estudiarla en campos aparentemente tan disímiles como la teoría de los conjuntos, el establecimiento de una jerarquía de niveles de tipificación lógica, la teoría de los sistemas y el estudio de la evolución biológica. Consiste en que el progreso hacia una mayor complejidad se acompaña de propiedades nuevas que no se hallaban contenidas ni siquiera *in statu nascendi* en el estadio anterior y para referirse a las cuales, por consiguiente, el término “desarrollo” resulta inadecuado e insuficiente (Bateson, 1979; Waddington, 1977; Lorenz, 1973).

Dos conclusiones

Examinemos ahora dos conclusiones importantes que resultan de considerar las variables que hemos expuesto hasta aquí.

Disidencia entre las metas del paciente y el médico

Cuando definimos una alteración lo hacemos por comparación con un estado, ideal o promedio, que constituye la “norma”, y ocurre que, implícitamente, suponemos que la alteración es la pérdida de un estado normal anterior al cual es necesario “volver”. No debe extrañarnos por lo tanto que cuando un paciente consulta al médico porque presenta una alteración somática, lo haga por lo general con la idea implícita o explícita de que el beneficio principal del tratamiento consiste en la desaparición de dicha alteración.

Sin embargo, tal como surge de lo que ya hemos dicho, el médico no siempre debe compartir ese objetivo. En los casos en que no lo comparte, nos encontramos frente a la necesidad de ejercer *educación sanitaria*.

Si profundizamos en el análisis de esta situación, descubriremos un conjunto de casos cuya particularidad reside en que la educación sanitaria que es necesario brindarles no consiste en conocimientos o ideas que completen los que han adquirido previamente, sino en una verdadera lucha contra creencias (Ortega y Gasset, 1940) erróneas que poseen, muchas veces, un consenso sólidamente arraigado, aun dentro de la ciencia médica.

Una educación sanitaria de este tipo adquiere siempre las características polémicas de *un movimiento* ideológico (Chiozza, 1980g) y esto constituye una dificultad adicional. Si el psicoanálisis “tradicional” de los cuadros mejor conocidos ha comenzado a ingresar en el *establishment* y a perder su carácter “polémico”, el psicoanálisis de las enfermedades que se manifiestan como alteraciones somáticas constituye actualmente, en cambio, quizás uno de los mejores ejemplos de un conjunto de conocimientos sólidos que no han adquirido todavía suficiente consenso.

Reconsideración del conocimiento estadístico

Cuando realizamos un estudio estadístico, el resultado obtenido, lejos de ser, como aparenta, el producto de un cómputo “imparcialmente objetivo”, es, ante todo, el inevitable producto de dos tareas previas que incluyen un criterio axiológico.

La primera de estas tareas consiste en *aislar y elegir el valor* que se va a computar. Así, en el caso concreto de la terapéutica de la enfermedad cáncer, ese valor podrá ser, por ejemplo, aquello que se llama “sobrevida”, mensurada en cantidad de tiempo.

La segunda tarea consiste en *homogeneizar* al máximo todas aquellas variables que no se están estudiando, huyendo del caso particular.

Esta segunda tarea tropieza con dos grandes dificultades. No sólo ocurre que la homogeneización de variables es siempre imperfecta y generalmente contiene demasiada ilusión, sino que, lo que es peor todavía, es imposible homogeneizar aquellas variables que se desestiman o pasan inadvertidas porque su valor no ha sido identificado. Así, cuando en el caso que hemos tomado como ejemplo se establezca que el 39% de los operados de un determinado tipo de tumor canceroso aumentan su promedio de supervivencia en un año y tres meses con respecto a los que no se han operado, ¿quién se ocupará de estudiar si los motivos por los cuales los pacientes del segundo grupo no se han operado, no condicionan por sí mismos la mayor mortalidad?

¿Significa esto que el estudio estadístico constituye una tarea inútil que resulta en un conocimiento falso? Evidentemente no. Significa, en cambio, que la estadística es a menudo objeto de una cierta “reverencia supersticiosa” que disminuye la posibilidad de su utilización acertada (Chiozza y colab., 1984*d*). La utilización acertada deriva ante todo del tener en cuenta que cada estadística se ha construido aislando artificialmente un valor elegido a partir de una importancia sostenida por un determinado criterio.

Además, muy pocas veces tenemos plena conciencia de que el conocimiento estadístico, aun siendo, indiscutiblemente, conocimiento, es nuestro “peor es nada”. Un ingenio habilidoso con el cual, a falta de un conocimiento mejor, encubrimos nuestra inquieta ignorancia, transformándola en un saber de “ruleta”.

Sólo una bala en seis posibilidades, como puede ocurrir en la ruleta rusa, es un cierto consuelo que oculta el hecho incontrovertible que todo el mundo ignora: cuál será, entre los seis movimientos de gatillo, el que disparará el proyectil temido. La cifra correspondiente, 83,33% de supervivencia, no posee el carácter de un número ordinal que establece diferencias individuales entre los números sucesivos, sino que expresa por el contrario la cantidad de unidades indiscriminada dentro de un conjunto. Es muy distinto el conocimiento contenido en saber que un 5% de los soldados obtuvieron un franco, al que surge de la certidumbre de que todos aquellos que lo obtuvieron lo solicitaron al teniente, y los que no, al sargento. Mejor todavía es saber por qué el sargento niega lo que el teniente otorga.

Sea cual fuere el discutible (Carnap, 1966; Popper, 1974) valor que el conocimiento estadístico puede alcanzar cuando la esencia de nuestra tarea es establecer *frente a un caso particular* qué es lo que puede considerarse un beneficio, nos interesa destacar ahora la situación inversa y recíproca.

Cuando, intentando identificar los beneficios que pueda brindar nuestra labor psicoanalítica sobre el enfermo somático, nos interroga-

mos acerca de los resultados terapéuticos que obtenemos, en lugar de establecer una estadística debemos extraer un criterio del estudio cuidadoso y exhaustivo de unos pocos casos. El tipo de realidad que constituye el objeto de nuestra tarea no tolera ser descompuesto en variables elementales que puedan ser fácilmente aisladas u homogeneizadas. Por este motivo no sólo nuestro interés por el caso particular nos lleva a huir de los “grandes números”, sino que, en lugar de planear un experimento, debemos disponernos a vivir una experiencia cuya estructura trasciende el mito del observador no participante.

¿Qué puede hacer el psicoanálisis?

Si uno dispone de suficiente tiempo y espacio, nada puede responder mejor a esa pregunta que la exposición y discusión de casos concretos y particulares, los cuales, en sus caleidoscópicas combinaciones de los elementos y factores que los constituyen, son siempre únicos. Una tarea de ese tipo, que escapa a las posibilidades de una comunicación que además de breve debe ser amplia y general, queda en parte realizada a través de la presentación de otros trabajos¹⁰. Además, la experiencia clínica obtenida en su propio consultorio por cada colega, imprescindible para poder aprovechar cabalmente la discusión de cualquier caso particular y concreto, le permitirá al mismo tiempo acompañarnos en la exposición de los problemas de carácter general que plantearemos a continuación, divididos, muy esquemáticamente, en cuatro grupos.

¹⁰ Hemos presentado numerosos casos en otros libros: *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b), *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), y compilaciones: *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (Chiozza, 1997b [1991]), *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad* (Chiozza y colab., 1993a), *Del afecto a la afeción. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental* (Chiozza, 1997d), *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1999b [1995]). {Los casos clínicos presentados en los artículos de las compilaciones mencionadas y en otros posteriores a éstas se encuentran en los tomos X, XI, XII y XIII de esta OC, a excepción de “Lo que ocurrió con Milena” (Chiozza, 1995P), incluido en la edición ampliada de *¿Por qué enfermamos?* (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), que publicamos en el tomo XIV.}

El encuadre

El psicoanálisis concentró su tarea en sus comienzos sobre el tratamiento de unos pocos tipos de enfermos que se agruparon bajo el rótulo “neurosis de transferencia”. El transcurso de los años no sólo ha desdibujado en parte este objetivo, ampliando el espectro de lo que se puede considerar una neurosis tratable en el marco de una técnica que a veces llamamos clásica y otras veces ortodoxa, sino que se han introducido dos “subespecialidades” psicoanalíticas: el psicoanálisis de los enfermos psicóticos y el psicoanálisis de niños.

Tanto una como otra de estas dos últimas tareas han exigido el desarrollo de una técnica particular adaptada a su objetivo y, en ambos casos, un aspecto principal de esta modificación técnica ha sido una reestructuración del llamado “encuadre”, para adaptarlo a nuevos parámetros, aun conservando sus principios.

El enfermo psicótico, en la medida en que crece su alteración del juicio de realidad, incrementa su dependencia real del grupo familiar; de ahí que el encuadre de su tratamiento se dirija hacia la inclusión de la familia, cuya influencia en la evolución de la terapia es por lo general más intensa que en el caso del neurótico.

El niño también depende realmente de sus padres, y la técnica de su tratamiento, además de otras modificaciones del encuadre que derivan de factores que analizaremos luego, no solamente incluye la realización del contrato con los padres, sino también un número mayor o menor de entrevistas con los mismos a los efectos que surgen del tener en cuenta su influencia. De hecho, el que los padres se encuentren a su vez en tratamiento psicoanalítico o se hayan psicoanalizado configura una diferencia fundamental en cuanto a la evolución y el pronóstico del niño que se trata.

Veamos ahora en qué situación nos encontramos con respecto al psicoanálisis del enfermo somático.

Para que este asunto resulte más claro es conveniente que pensemos en un paciente adulto, afectado por una grave enfermedad somática cuya evolución y tratamiento “clásicos” son conocidos; que requiera, por ejemplo, internarse en un servicio de terapia intensiva, y a quien nadie, ni su médico, ni su familia, ni sus amigos, ni aun un psicoanalista, apoyándose en los criterios clásicos, reconocería como especialmente neurótico.

Si la familia del psicótico o del niño constituye una estructura de poder real que obra en ambos casos sobre el tratamiento del paciente, no es menos cierto que el enfermo somático depende en forma igualmente real de una estructura de poder organizado constituida por los sistemas y pa-

rámetros de la asistencia médica tradicionalmente ordenada, tanto sea de carácter “mutual”, como “privada” y libremente elegida.

Ese sistema incluye tanto una ética particular como un conjunto de procedimientos sancionados y de leyes que protegen la coincidencia y castigan la disidencia con dichos procedimientos sancionados. De modo que el médico, a través de su formación universitaria y hospitalaria, no sólo es un producto y un artífice de este sistema organizado en una estructura de poder, sino que además se encuentra en un grado mayor o menor de dependencia real frente a él. Podemos resumir esta situación en una sola frase. El enfermo somático que de manera imprescindible necesita un tratamiento físico, depende también imprescindiblemente de un médico o de una institución sanatorial que llevan implícitos un determinado sistema de asistencia médica.

La idea de que el paciente somático pueda engañar al médico que se encuentra a cargo de su tratamiento físico a los fines de que el psicoanalista participe en la terapia o, lo que es más frecuente, *con respecto a los alcances de esa participación*, es tan utópica o equívoca como creer que un niño, un psicótico, o aun un paciente “neurótico”, puedan engañar durante mucho tiempo a su familia con respecto a los alcances de su tratamiento. Tales engaños suelen durar exactamente el tiempo que demora el tratamiento psicoanalítico en llegar a cualquiera de los puntos en los cuales la fantasía que equivale a la enfermedad se integra con la fantasía que estructura el sistema de esa familia.

De cuanto llevamos dicho hasta aquí surge una conclusión obvia: debemos implementar *una técnica que incluya, en el tratamiento del paciente, al médico del cual éste depende*. Pero tropezamos aquí con una dificultad enorme.

En primer lugar, el paciente no depende solamente de un médico, sino por lo general, y según el grado de su enfermedad, de un sistema médico que configura una estructura dotada del poder que le otorga la misma necesidad del enfermo.

En segundo lugar, el médico, por lo general mucho menos vinculado por su historia al enfermo que la propia familia del paciente, plantea problemas distintos para su inclusión en la terapia. Se halla menos dispuesto y motivado que la familia, en principio, para reexaminar, *en interés del paciente*, tanto su vínculo con él como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento físico, que no solamente se hallan codeterminadas por ese vínculo, sino también por las distintas emociones inconcientes que uno y otro aportan a él.

En tercer lugar, cuanto mejor formado y más capaz sea el médico en el ejercicio de su especialidad tradicional y, por consiguiente, más encumbrado jerárquicamente en la estructura de poder, es decir cuanto mayor es el valor de su participación como interlocutor médico para el psicoanalista,

menor suele ser su disposición a participar en la psicoterapia incluyéndose de un modo que no sea superficialmente intelectual.

Los esfuerzos de Balint, famosos en el mundo entero, para vencer este problema, han conseguido solamente rendimientos en aspectos parciales o dirigidos hacia la futura formación de los médicos. Lo cual, a pesar de ser valioso y meritorio, es insuficiente desde el punto de vista que aquí exploramos. Críticas semejantes son válidas para el procedimiento que, con el nombre de *estudio patobiográfico* (Chiozza y colab., 1979g; Chiozza, 1998l [1986], apdo. “El estudio patobiográfico”), implementamos en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, abordando este problema desde un ángulo distinto al de Balint.

Estos esfuerzos de Balint y los nuestros, junto a los de tantos otros autores, entre los cuales (con plena conciencia de que omitimos muchos valiosos) sólo citaremos a Groddeck y a Weizsaecker, por su labor fundante simultánea en los terrenos de la teoría y de la práctica médica, rendirán frutos futuros. Deberán ser completados con la docencia universitaria, postuniversitaria y hospitalaria, brindada a los estudiantes, a los médicos y a los psicólogos, y con la divulgación seria, solvente, y privada de falsas concesiones, dirigida a un público que, más tarde o más temprano, necesita recurrir a un médico. Un punto privilegiado de este objetivo suele encontrarse en el *médico enfermo*. Todos estos esfuerzos confluirán algún día en la posibilidad de crear el encuadre específico al tratamiento psicoanalítico del enfermo con una alteración somática, encuadre del cual hoy carecemos.

El instrumento

Tanto el psicoanálisis de niños como el de psicóticos nos han hecho progresar en el conocimiento de los usos del lenguaje o en sus modalidades de ejecución simbólica, lo cual, además de plantear la necesidad de algunos cuidados adicionales en cuanto a la manera del ejercicio terapéutico apropiado para el niño o el psicótico, han revertido en un incremento de los conocimientos que forman parte de la teoría psicoanalítica en general. En el caso del psicoanálisis de niños aparecen además recursos “nuevos”, distintos de los que se utilizan en el tratamiento psicoanalítico ortodoxo de los pacientes adultos. La técnica aplicable al psicoanálisis de niños ha exigido el desarrollo de la interpretación del juego y el dibujo, lo cual ha traído además aparejadas algunas modificaciones del encuadre.

Si el instrumento privilegiado de nuestra acción terapéutica está constituido por una capacidad de lectura específica apropiada al “objeto”

tratado, debemos preguntarnos ahora, frente a la tarea concreta de crear una técnica adecuada al tratamiento psicoanalítico de la enfermedad somática: ¿cuál es el instrumento de lectura apto para la situación comunicativa particular que la enfermedad somática configura como forma de realización simbólica?

De más está decir que, tal como ha ocurrido para el caso de la interpretación del juego y el dibujo, debería partirse también en esta tarea de un cierto acuerdo previo acerca de que el fenómeno considerado, y propuesto para su lectura, es la transformación de una idea inconciente que se conserva en la forma, el trastorno, la función o el desarrollo.

Partiendo de un acuerdo semejante que no discutiremos aquí por ser objeto de otros muchos trabajos –véase especialmente “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1980c [1977-1978-1979])–, debemos esforzarnos en trazar las coordenadas de un “código” interpretativo destinado a posibilitar ese tipo particular de lectura.

Algunas diferencias con el “material habitual” que es objeto de la interpretación psicoanalítica pueden cumplir la función de tales coordenadas.

1) El inconciente no sólo es el lugar de lo históricamente reprimido como producto de los traumas infantiles; es, además: la instancia funcional que denominamos “proceso primario”, el sistema de creencias que constituye los códigos interpretativos implícitos en toda percepción “objetiva” y el sistema coherente que asegura el cumplimiento de los automatismos que liberan a la conciencia de una ocupación múltiple para la cual no se halla destinada, preservándola para el aprendizaje de lo nuevo. El sistema inconciente es, por lo tanto, el ámbito de la identidad específica, del carácter como modalidad particular en la acción, el soporte del sistema coherente de creencias que configuran una ideología y *la estructura misma de lo que denominamos somático*.

Si tenemos en cuenta la existencia de lo que Freud denominaba “el inconciente no reprimido” y el concepto freudiano de resistencia del ello, debemos concluir en que interpretar lo reprimido no coincide necesariamente con interpretar lo resistido. Precisamente es el inconciente no reprimido, que forma las estructuras coherentes que sostienen la organización del sistema, aquel que presenta las mayores resistencias al cambio.

Las formas corporales (incluimos aquí en “forma” el trastorno, la función y el desarrollo) son ideas inconcientes que pertenecen al inconciente no reprimido, y su conciencia despierta por lo tanto las mayores resistencias.

- 2) Las formas corporales son símbolos universales (típicos) y congénitos (heredados) y por lo tanto producen asociaciones, tanto en el paciente como en el psicoanalista, que se refieren en primera instancia a los derivados y re-significaciones secundarias, individuales y “adquiridas”, más que a las ideas inconcientes universales y congénitas que constituyen su fantasía específica.
- 3) Las formas corporales pueden ser interpretadas, como los otros símbolos universales, recurriendo a la exploración *combinada* de materiales de la más diversa fuente. Semántica, etimología, lenguaje popular, mitos, literatura, otras realizaciones del arte, conocimientos científicos, entre los cuales merecen destacarse, en el caso particular que estudiamos, las disciplinas que forman parte de la medicina y de la biología en general.

Teniendo en cuenta estas tres coordenadas podemos ir progresando hacia el logro de un código que nos permita interpretar el “dibujo” o el “juego” que el paciente realiza inconcientemente en su cuerpo. Este código, operando preconcientemente en el psicoanalista, de una manera análoga a como habitualmente opera su conocimiento del complejo de Edipo (Mariona y Obstfeld, 1979), le permitirá incluir en las series psíquicas interrumpidas (Freud, 1940a [1938], pág. 1021) del material de su paciente, los eslabones que de otro modo quedarían categorizados como “concomitantes somáticos” (Freud, 1940a [1938], pág. 1021), e identificar las fantasías específicas implícitas en las distintas re-significaciones individuales y secundarias.

Así como la necesidad de interpretar el juego y el dibujo condujo al psicoanálisis de niños hacia algunas modificaciones técnicas, cuando pretendemos incluir en el campo del trabajo psicoanalítico la interpretación de la realización simbólica constituida en la forma corporal, deberemos tener presente algunos factores que oportunamente podrán conducir, si no a una modificación del encuadre basada en estos motivos, por lo menos a la implementación de algunas modificaciones en las maneras habituales del ejercicio terapéutico.

Dejando de lado la posibilidad de que el psicoanalista explore físicamente al enfermo que trata psicoterapéuticamente, dado que las complicaciones técnicas de una tal actitud son, por el momento, insuperables, el principal factor que debemos mencionar se haya constituido por la observación directa de radiografías, exámenes de laboratorio o informes de los exámenes realizados por otros colegas. No existen mayores dificultades técnicas derivadas de esta actitud con tal de que el analista evite el *Escila* de comenzar a opinar sobre “el diagnóstico” en términos de la medicina tradicional, y el *Caribdis* de sentirse obligado a responder a la expectativa

del paciente con una inmediata interpretación simbólica de ese material que, como ocurre en el caso de cualquier otro tipo de material, no siempre está auténticamente en condiciones de dar.

Otro factor digno de mencionar consiste en la observación directa, en el paciente, de signos físicos como la palidez o la cianosis. Las dificultades “típicas” de este segundo factor residen en el grado de certeza que puede atribuirse a la propia observación en cuanto a que efectivamente constituya un signo correctamente interpretado desde el punto de vista médico tradicional. La inclusión de este material en el análisis toma ante todo la forma de una información al paciente, y en este punto es necesario apelar tanto a la prudencia como a la autenticidad del analista para evitar que incurra en un déficit de información o en un exceso de la misma.

El tercer factor al cual haremos referencia reside en el material somático que proviene del paciente a través de su información verbal. Se ha sostenido alguna vez que éste no es un material somático sino verbal, es decir “representativo” y por lo tanto “psicológico”. Esto constituye a mi entender un grueso error. Si este material no es somático, la palidez del paciente tampoco lo es, y una radiografía de su vesícula menos aún. Todos estos materiales son “representaciones” en la medida en que son productos de la percepción.

Lo que llamamos somático se constituye como producto de una interpretación que atribuye realidad material al fenómeno del cual se adquiere noticia, tanto sea a través de la percepción como a través del relato. La dificultad técnica no reside en este caso tanto en el grado de crédito que pueda atribuirse al relato como al buen criterio en la tarea de repartir la atención entre el contenido manifiesto que narra, por ejemplo, una perturbación somática, y el contenido latente, cuyo punto de urgencia aparente puede pertenecer a otro contexto. En otras palabras, se trata de la manera en que se constituye, mediante un primer acto interpretativo, el material sobre el cual recaerá seguidamente la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1974c).

En resumen, y en lo que respecta al instrumento, no parece excesivo afirmar que tal vez hayamos encontrado el camino que nos conducirá a desarrollar el campo de un ámbito comunicativo específico para esta tarea.

El objeto

Aparentemente la situación es clara en lo que respecta a cuál es el objeto de la actividad psicoanalítica específica que estamos estudiando y para la que hemos postulado la necesidad de un encuadre y un instrumento adecuados. El objeto es el enfermo que presenta una alteración somática, es decir

una alteración que se manifiesta como realidad material en un cuerpo físico vivo. Sin embargo, y a riesgo de que lamentablemente las consideraciones siguientes desdibujen peligrosamente el campo de lo que puede llamarse medicina, el objeto no puede, como hemos visto, limitarse al paciente, sin tener en cuenta los distintos sistemas en los cuales éste se haya incluido.

Entre las numerosas consideraciones que derivan de este planteo debemos consignar aquí dos que por su importancia resultan claves.

1) Es necesario tomar muy seriamente en consideración que la labor que es posible realizar sobre cada enfermo individual, queda inevitablemente acotada por la presión influyente de un consenso público que interviene en cada con-trato médico-paciente marcando determinados límites a la situación terapéutica y codeterminando el conocido fenómeno según el cual, llegando a un punto determinado en el progreso de la cura, la resistencia crece en una curva divergente hasta alcanzar un valor insuperable. Encontramos así en cada tratamiento campos de significación que son metaindividuales y podemos comprender desde este punto de vista gran parte de las vicisitudes que determinan tanto su evolución como su desenlace.

2) El descubrimiento del psicoanálisis, como mutación epistemológica, no es un acto de interpretación psicoanalítica de lo reprimido. Es, por el contrario, un acto “metapsicoanalítico” de interpretación de lo resistido, realizado sobre la población humana en su conjunto. Evoluciona bajo la forma de lo que Freud denominaba “el movimiento psicoanalítico”. Podemos compararlo a un cambio adaptativo sometido a la selección natural que opera sobre una población heterogénea completa, con unidades de supervivencia que son transindividuales. Interpretaciones tales como la del significado específico de los trastornos somáticos trascienden el ámbito propio de la interpretación psicoanalítica de los complejos infantiles reprimidos y representan un cambio epistemológico cuya supervivencia depende de la suerte que alcance un *movimiento* encaminado a modificar el consenso de un conjunto humano.

El procedimiento

Suele sostenerse que así como existe una cirugía menor que se puede realizar en el consultorio y una cirugía que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existe una psicoterapia menor que puede realizar todo médico y una psicoterapia mayor que requiere la presencia del especialista.

Por más útil que resulte a los médicos generales que se los entrene y capacite para comprender las vicisitudes de la relación médico-paciente, debemos ser rotundos en lo que respecta a la posibilidad de modificar mediante el psicoanálisis las alteraciones somáticas de una enfermedad en sus distintas alternativas. No existe duda de que para esa tarea es cada vez más necesaria la intervención de un psicoanalista que se haya formado especialmente para desempeñarla, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de niños o de enfermos psicóticos.

Sea cual fuere el tipo de campo en que este psicoanalista trabaje, se trate de un psicoanálisis ortodoxo o de otro tipo de vínculo terapéutico y de encuadre, como, por ejemplo, el que desarrollamos en nuestro medio con el nombre de *estudio patobiográfico*, lo fundamental es el grado que haya alcanzado en un tipo particular de formación. Si la habilidad frente a las vicisitudes de la transferencia-contratransferencia y la permeabilidad frente a lo inconciente que posee un psicoanalista avezado son en este caso de una utilidad inestimable, conocer el instrumento comunicativo propio de la enfermedad somática y los caminos psicoanalíticos por los cuales se produce habitualmente la modificación de sus alteraciones físicas lo será más aún.

Si bien la práctica psicoanalítica, siguiendo el consejo de Freud (1912*e*), nos ha acostumbrado a abandonar a lo inconciente la dirección del proceso, es también cierto que las numerosas observaciones del curso que suele o puede seguir un tratamiento nos han despertado la idea de un cierto procedimiento. Así podemos hablar de una paulatina integración depresiva, de una adquisición progresiva de mayor genitalidad, del establecimiento de una buena identidad, etcétera.

Desde un punto de vista semejante, es decir *no* como un camino ideal o intencional, sino como un emergente espontáneo de la práctica cotidiana, estamos en condiciones de brindar un cierto bosquejo acerca de los senderos habituales por los cuales transcurre el proceso de transformación de los trastornos somáticos que se obtiene mediante la utilización del psicoanálisis.

Antes de intentar describirlo necesitamos precisar algunos puntos teóricos.

Utilizando siempre la palabra “forma” en un sentido amplio que abarca estructura, función y desarrollo, hablamos de *alteración somática* cuando ocurre un cambio de la forma que tenga suficiente magnitud o permanencia como para hacerse *perceptible*. Si ese cambio se desvía de la norma manifestándose como desorden o perturbación, hablamos de trastorno.

El descubrimiento de instrumentos que aumentan el poder de la percepción sensorial, o de indicadores y reactivos que “trazan” marcas o hue-

llas perceptibles de objetos imperceptibles, extiende permanentemente el ámbito de lo que consideramos material, y de este modo se extiende el ámbito de lo que teóricamente llamamos alteración somática.

Cuanto más profundizamos en la investigación, lo somático se nos muestra cada vez más psíquico y lo psíquico cada vez más somático, de una manera que resulta acorde con el supuesto teórico de que idea y materia constituyen dos apariencias distintas, de un mismo existente biológico, que se ocultan recíprocamente a la conciencia.

En la práctica clínica, sin embargo, nos encontramos con enfermedades que se manifiestan fundamentalmente como psíquicas y otras como somáticas. Se hace útil y necesario distinguir, por lo tanto, aun desde el punto de vista teórico, entre una fantasía que cursa con una alteración somática evidente y otra fantasía cuya alteración somática supuestamente ocurre de una manera todavía inaccesible a la percepción.

Solemos llamar capacidad patoplástica corporal al “factor desconocido” que, presente en el primer tipo de fantasías, determina una alteración somática con las características de magnitud o permanencia que le brindan su cualidad perceptible.

Podemos por fin incluir la hipótesis de que la capacidad patoplástica corporal depende de que la fantasía que configura el punto de urgencia implique, mediante una reactivación regresiva, puntos de fijación prenatales que corresponden ontogenéticamente al estadio embrionario de la organogénesis.

Estamos en condiciones de comprender ahora el camino por el que transcurre la transformación o desaparición de una alteración somática mediante la intervención del psicoanálisis, teniendo en cuenta que, esquemáticamente, dependerá de:

- A) La transformación de su fantasía específica (universal y congénita).
- B) La “desactivación” del punto de fijación prenatal que corresponde a la capacidad patoplástica corporal.

El procedimiento por el cual se logre el cambio que consideramos será el producto de la combinación, en distintas proporciones, de los siguientes factores “psicoterapéuticos” capaces, cada uno de ellos, en principio, de influir sobre A y sobre B:

- 1) La “creación” o intensificación actual de una determinada transferencia latente, lo cual deriva en un máximo de reversibilidad y un mínimo de estabilidad.

- 2) La interpretación de las resignificaciones individuales y secundarias propias del caso estudiado y elaboradas en diferentes contextos, lo cual proporciona un grado medio de reversibilidad y estabilidad.
- 3) La interpretación específica, elaborada en diferentes contextos, de la fantasía implicada (universal y congénita), lo cual asegura el grado mínimo de reversibilidad y el grado máximo de estabilidad.

Aunque no existen casos puros sino mezclas distintas de 1, 2 y 3, debemos aclarar que 1 configura la llamada “cura transferencial”; 2 es el caso más frecuente de la llamada “curación”, y 3, como infrecuente producto de la “evolución” transindividual, debería aumentar su frecuencia en la medida en que la investigación y su influencia en la cultura determinen una diferente presión del consenso.

Agreguemos, además, que cuando se obtiene B sin A, el sujeto “se cura” de su enfermedad somática pero queda en disposición latente para volver a padecerla. Así ocurre, por ejemplo, espontáneamente, en enfermedades como el asma bronquial que configuran crisis periódicas y recurrentes. En cambio, cuando se obtiene A sin B, el sujeto “sustituye” la enfermedad somática que lo conduce a la consulta por otra cuyo grado de alteración corporal es semejante. El ejemplo más común de esta situación lo observamos muchas veces como un resultado codeterminado por terapéuticas que apuntan a uno solo de los sistemas orgánicos.

Después de haber planteado los problemas de encuadre, instrumento, objeto y procedimiento, que nos separan todavía del logro acabado de un psicoanálisis específico para el tratamiento de las alteraciones somáticas, nos encontramos frente a la necesidad de suscribir las palabras, resignadas, de Weizsaecker, cuando expresa su convicción de que el tratamiento psicoanalítico de las enfermedades somáticas está esperando la llegada de un genio similar al de Freud para resolver sus problemas.

A manera de síntesis

El ejercicio de la práctica psicoanalítica fortalece paulatinamente la convicción de que *la enfermedad somática no posee una existencia independiente de las vicisitudes de la vida inconciente*. Para determinar qué es lo que puede hacer el psicoanálisis en beneficio de un paciente que presenta una alteración somática es necesario intentar aclarar previamente qué es lo que se considera un beneficio, e introducirse luego

en los tópicos constituidos por el encuadre, el instrumento, el objeto y el procedimiento.

Las metas implícitas o explícitas del paciente y el médico no siempre coinciden, ya que la restitución de un estado anterior que se considera “normal” (sea desde el punto de vista de un ideal o desde el punto de vista de un promedio) no siempre es posible o no siempre es deseable.

Dichas metas deben además ser revaloradas, frente al caso particular, en función de un contexto más amplio que involucra, más allá de un órgano, no sólo al organismo entero, sino también a realidades complejas que, como es el caso de la familia, configuran metasistemas.

Si el psicoanálisis de enfermos psicóticos o el psicoanálisis de niños tuvieron que diseñar su propio *encuadre* e inventar los *instrumentos* específicos para su labor, el psicoanálisis del enfermo que presenta una alteración somática debe todavía progresar en la tarea de descubrir los suyos.

Dado que la labor que es posible realizar sobre cada paciente individual queda inevitablemente acotada por la presión influyente de un consenso público, se hace evidente que *el objeto* de la interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática debe trascender el campo de aplicación de cada caso particular para alcanzar las características de una labor que toma la forma de un “movimiento”, análogo en su configuración a lo que en su hora constituyó el movimiento psicoanalítico como ámbito y artífice de una ruptura epistemológica.

La tarea de procurar un cambio en la organización somática de una enfermedad a través del psicoanálisis nos lleva también a interrogarnos acerca de las coordenadas teóricas que pueden configurar *el procedimiento* adecuado.

Dentro de este procedimiento será útil distinguir entre la influencia de un movimiento transferencial que se desarrolla como producto (espontáneo o dirigido) de una relación médico-paciente y la influencia que se obtiene a través del proceso de hacer conciente significaciones inconcientes. Será, además, especialmente importante, el aprender a distinguir entre las resignificaciones secundarias que los síntomas alcanzan y aquellas otras, primarias, que configuran el proceso de su constitución.

**APUNTES PARA UNA TEORÍA
DE LA PSICOTERAPIA**

(1983 [1982])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1983e [1982]) “Apuntes para una teoría de la psicoterapia”.

Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 177-194.

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. 245-260.

Traducción al italiano

“Appunti per una teoria della psicoterapia”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 87-102.

El texto de este artículo pertenece a un trabajo presentado en el Centro de Investigación de Psicoanálisis y Medicina Psicosomática en mayo de 1982.

Qué es lo que debe entenderse por psicoterapia

Creo que podemos representar a la actividad psicoanalítica y a la actividad psicoterapéutica como dos círculos excéntricos, que se superponen con una muy amplia área en común. Si bien es cierto que nuestra actividad se ubica fundamentalmente dentro del círculo abarcado por el psicoanálisis, no cabe duda de que la psicoterapia, en la medida en que constituye el servicio más inmediato que podemos brindar a la comunidad, constituye también la actividad que orienta, por lo general, nuestros mayores esfuerzos.

Los fundamentos para una teoría de la psicoterapia en general que surgen de algunos desarrollos en otras ramas del conocimiento nos permiten comprender los principios del psicoanálisis en un panorama conceptual más amplio, que arroja nueva luz sobre nuestra actividad psicoterapéutica cotidiana.

Comencemos por trazar los parámetros esenciales que delimitan el área de la psicoterapia:

- 1) Es una actividad.
- 2) Posee un propósito conciente, es decir, deliberado.
- 3) Se propone influir psíquicamente.
- 4) Dicha influencia se dirige hacia una persona o hacia un conjunto poco numeroso de individuos.
- 5) Se realiza de acuerdo con una serie de principios que constituyen una profesión.
- 6) Los fines hacia los cuales se encamina, la influencia, y los medios de los cuales se vale el psicoterapeuta para ejercerla, constituyen los fundamentos que hacen de esa tarea una profesión.

Cuanto acabamos de decir nos autoriza a consignar que:

- 1) Dado un *estado* actual, nuestro propósito más amplio y general es transformar ese estado en otro estado, es decir producir un *cambio de estado*.
- 2) Para producir ese cambio o transformación debemos operar.
- 3) Los medios de los cuales nos valemos para operar son *medios psíquicos*.

Aclaremos en este punto que:

- 1) El estado que deseamos transformar no necesariamente debe ser percibido como un estado psíquico; puede ser percibido como un estado físico, pero en ese caso debemos concebirlo como dependiente o interdependiente de un estado psíquico.
- 2) La operación que realizamos debe ser tipificada y dependiente de un conjunto de principios teóricos y reglas que conforman una especialidad profesional.
- 3) Los medios psíquicos son vehículos de significado, y entre ellos el hablar supera a todos los demás *en lo que respecta al grado de conciencia de la significación que transporta*. Quizás sea más exacto decir que el modo de conciencia de la significación que transporta el lenguaje verbal lo hace más adecuado al tipo de procesamiento del conocimiento que denominamos científico o racional.

Automatización y destreza en el ejercicio psicoterapéutico

Podemos entonces decir que la función del hablar en la psicoterapia es el operar de modo conciente y deliberado la transformación de un estado en otro estado. Pero debemos de inmediato hacer una salvedad. Lo que hemos dicho es exacto a la hora de discutir y establecer en cada uno de nosotros la formación de un conjunto de principios y de reglas que configuran nuestro aparato operador. Cuando estamos operando frente al paciente, no sólo podemos, sino que debemos (por lo menos en lo que se refiere al psicoanálisis) “abandonar a lo inconciente la dirección de la síntesis”¹¹ y preocuparnos en cuanto a:

¹¹ Desarrollamos este tema extensamente en trabajos anteriores acerca del uso del pensamiento lógico (Chiozza y colab., 1966b) y sobre una teoría del arte psicoanalítico (Chiozza, 1978j).

- 1) la identificación del estado que debemos cambiar,
- 2) el diseño del estado que deseamos obtener,
- 3) todo propósito deliberado de nuestra operación.

El propósito de transformar un estado en otro estado es, sin embargo, *conciente y deliberado*, y también la tarea de establecer ese conjunto de conocimientos comunicables o transmisibles que denominamos teoría. Nos referimos aquí a la teoría que fundamenta los procedimientos efectivos y las reglas de operación que posibilitan *la formación* de un aparato operador *automatizable* en el psicoterapeuta.

La palabra “automatismo” debe su descrédito a la confusión con un estereotipo cerrado a toda posibilidad de progreso. En su sentido primigenio se refiere a un procedimiento que se repite sin intervención de la conciencia, y esta condición constituye el requisito para la *destreza* con la cual el psicoterapeuta debe enfrentar el hecho de que su operación dispone muy frecuentemente del estrecho margen que le brinda, en una atmósfera de compulsión a la repetición y resistencia, una oportunidad esquiva. Aquí, como en cualquier otro tipo de destreza, la incorporación de las capacidades al acervo de los automatismos supone una mayor disponibilidad del registro conciente para las dificultades y las adquisiciones nuevas.

La categoría del cambio que la psicoterapia intenta

Veamos antes de replantear una teoría, cuál es el estado que deseamos transformar y cuáles los procedimientos de que podemos disponer.

Todo aquel que ha practicado la psicoterapia se ha encontrado repetidamente con pacientes que expresan el siguiente pensamiento: “No necesito de la psicoterapia, porque mi problema es un problema real”. El problema “real” puede ser de distinto tipo. Puede ser la pérdida de un ser querido, la falta de dinero, una enfermedad física mutilante o grave. En todos estos casos queda implícito que la psicoterapia nada tiene que hacer con los problemas “reales” sino, a lo sumo, con la repercusión que estos problemas produzcan en “la esfera psíquica”, repercusión que, según se piensa, aunque muchas veces sea penosa, cuando es adecuada, no es deseable siquiera que se produzca un cambio.

Se reconoce una excepción en aquellos problemas “reales” que se identifican como un resultado dependiente de algún problema psíquico, pero, como es obvio, muchos de los más importantes quedan excluidos de esta situación. El paciente sencillamente no puede creer que “exista alguna relación” de dependencia entre su problema real y un problema psíquico.

En lugar de abordar ahora esta cuestión de la manera clásica aportando cuanto nos ha enseñado el psicoanálisis acerca de las relaciones de este tipo, como la que existe, por ejemplo, entre carácter y destino (Racker, 1956), intentaremos explorar el tema desde un ángulo distinto.

La distinción entre cosas e imágenes es tan fundamental en el psicoanálisis como para que en esta distinción se base la posibilidad de diferenciar entre el cumplimiento del deseo y la satisfacción de la necesidad. Sobre esta última diferencia se edifica toda la teoría. Conceptualizamos desde allí un “principio de realidad”, que opera sobre el “yo” acotando y determinando condiciones al logro de las metas surgidas de los impulsos primarios.

El hecho de que el deseo encuentre su camino en un rodeo determinado por las llamadas “exigencias de la realidad”, es una experiencia común que trasciende, en su amplitud y en su vigencia cotidiana, la formulación psicoanalítica. De esta experiencia podemos extraer una conclusión fundamental: con la palabra “realidad” designamos a un tipo de existente cuya característica primordial no está constituida por el hecho, filosóficamente trascendente, de ser el supuesto origen de nuestra percepción, sino por el hecho escueto y grave de que se nos impone como una limitación. Es esta la cuestión más general y amplia de cuantas pueden ser pensadas, al punto de que suponemos que es precisamente ella la que origina el pensamiento.

La pregunta que se perfila de este modo es: ¿cuán inevitable es cada rodeo?, ¿cuán inexorable es cada exigencia? O también, para decirlo de la manera en que Watzlawick (1976) titula un libro: *¿Cuán real es la realidad?* Esta pregunta puede constituir tal vez un punto de partida adecuado para explorar metódicamente los fundamentos de la psicoterapia.

Cuando trazamos un mapa acerca de un territorio, lo hacemos de acuerdo con determinadas leyes de transformación que constituyen el código, cuyo conocimiento permite “leer” en el mapa los elementos del territorio que en él se conservan.

El mapa elimina en su trazado todos aquellos elementos del territorio que durante el diseño no se consideran pertinentes a los fines del mapa o no son percibidos por carecer de significación para el sujeto que lo traza. Esta condición, inexorable, equivale a afirmar que el mapa no es el territorio mismo al cual se refiere, sino precisamente el producto de un determinado criterio.

Las leyes que constituyen el código de transformación territorio-mapa se encuentran determinadas o acotadas no solamente por la capacidad de la herramienta mental que las crea, sino además por el tipo de “superficie” (materia-forma) sobre la cual se traza el mapa.

Según lo ha señalado Bateson (1970), basándose en ideas de Korzybski, los conceptos, las imágenes, los pensamientos o las concepciones

que poseemos acerca de la llamada realidad, poseen con esta realidad el mismo tipo de relación que posee un mapa con el territorio al cual se refiere. Una teoría es un mapa.

El psiquismo traza un mapa o modelo de la realidad no solamente a partir de la realidad misma, sino también a partir de un modelo anterior. Existe, además, implícita e inevitablemente, un metamodelo (o modelo de un mayor grado de generalidad) que rige los procedimientos y leyes de transformación (códigos) durante la tarea general de modelar o cartografiar.

Cuando el psiquismo ejercita su capacidad de modificar un territorio, dicha tarea se realiza, conciente o inconcientemente, de acuerdo con un mapa o modelo que determina el significado y la forma de dicha modificación.

De cuanto llevamos dicho hasta aquí acerca de la relación mapa-territorio podemos extraer algunas conclusiones:

- 1) Nuestro conocimiento de la realidad es siempre un modelo acerca de ella. Una abstracción, idealización o formalización.
- 2) El modelo es siempre el producto de un determinado criterio, y se constituye por lo tanto, inevitablemente, con un significado.
- 3) *Ese modelo determina las características de las relaciones que establecemos con la realidad.*

Estamos ahora en condiciones de contestar nuestra primera pregunta acerca de *cuál es el estado que deseamos transformar mediante la psicoterapia*. Dicho estado es un *modelo-significado* que, acerca de la realidad, ha construido el paciente.

Modos y límites en la construcción de un modelo

Para abordar la cuestión acerca de cómo se transforma un modelo es necesario ocuparse de estudiar cómo se construye un modelo.

- 1) *A través de los órganos de los sentidos* obtenemos muestras de la realidad. Estas muestras son interpretadas. Tanto la palabra “muestra” como la palabra “interpretación” se refieren a un proceso que implica la construcción de un mapa o modelo de la realidad. Cada experiencia constituye un contexto y el transporte de uno a otro contexto constituye un modo privilegiado del conocimiento que denominamos metáfora, y que nos brinda el acceso a un nivel más amplio de generalización, una metateoría.

En el contexto de la audición sensorial tomamos noticia de una gama de oscilaciones dentro de una determinada frecuencia de ondas que configuran aquello que denominamos sonido. En el contexto de la visión sensorial tomamos noticia de una gama de oscilaciones dentro de otra frecuencia de ondas configurando aquello que denominamos color. Pero al elaborar ambas sensaciones en un proceso que nace de la posibilidad de concebir entre ambas algún género de identidad (por ejemplo un color estridente), construimos una metateoría que nos lleva a identificar ambos orígenes en la existencia “real” de oscilaciones de distintas frecuencias. “Descubrimos” así que los perros oyen sonidos que para nosotros no existen como tales, a partir de otras frecuencias, y que lo mismo ocurre con la percepción del color en las abejas. Llegamos así a la conclusión de que las “puertas de entrada”, constituidas por nuestros órganos sensoriales, limitan la adquisición de los “datos” a partir de los cuales intentaremos construir el mapa o modelo del territorio explorado.

Nuestra herramienta “orgánica” es por lo tanto un primer límite en la construcción de nuestros modelos del mundo, y si bien mediante nuestra inteligencia podemos extrapolar nuestro conocimiento a través de operaciones que nos permiten extraer conclusiones interpretativas por obra de la comparación de contextos, siempre subsistirá una diferencia de clase entre el dato obtenido de la percepción sensorial y la inferencia obtenida de la extrapolación de perceptos a otros contextos¹². No debemos desestimar, sin embargo, dos puntos importantes: a) Profundizando el análisis descubrimos que el “dato puro” es también una interpretación. b) Sin la inferencia interpretativa que surge de la interrelación de contextos, nuestro conocimiento queda reducido a ese tipo de conciencia primitiva que imaginamos en las formas biológicas más simples.

Teniendo en cuenta estas dos condiciones, debemos ser extremadamente cuidadosos en el significado que atribuimos a la palabra “objetividad”.

2) *Los modelos existentes* intervienen en la triple condición de instrumento, superficie y código en la construcción de nuevos modelos. De este modo, la existencia de modelos previos constituye un segundo límite en la construcción de nuestros modelos del mundo.

La importancia enorme que tiene este límite se comprende mejor si se piensa en que todo nuevo trayecto tiende a recorrer la huella

¹² Los límites de nuestro conocimiento conciente no deben ser considerados, unilateralmente, como un déficit cognoscitivo, ya que el sistema percepción-conciencia se halla biológicamente condicionado para las necesidades de cada especie.

de anteriores transcurros, sin que exista, en el caso del psiquismo, lugar alguno desde el cual pueda desviarse ese trayecto, que no sea a su vez otra huella de un antiguo decurso (De Bono, 1969). Pero este defecto es a la vez una virtud, puesto que la limitación o “distorsión” que todo modelo implica equivale a un criterio de selección, es decir que equivale a lo que llamamos “interpretación de una importancia”, y constituye el *único* reino del sentido. El significado no es otra cosa que significancia a pequeña cantidad.

3) Encontramos un tercer límite en ese “*corpus*” *normativo, residuo de nuestra convivencia pasada*, que al decir de Ortega y Gasset (1949-1950) constituye el referente privilegiado de la palabra “sociedad”. No sólo existe bajo la forma de un consenso público que equivale a lo que “la gente” piensa y opina, sino que se materializa en estructuras tan elaboradas como, por ejemplo, el idioma.

Tal como lo vemos en el trabajo dedicado a la paradoja, la falacia y el malentendido (Chiozza, 1983*k*), la mera adjudicación de un nombre (cuyo proceso típico es la sustantivación de un adjetivo que señalaba una cualidad sobresaliente del territorio nominado) no sólo equivale a la captación de un “mapa” de dicho territorio, sino que, y esto es lo importante, nos muestra cómo desde los distintos idiomas se elige una cualidad o punto de vista distinto para trazar ese “mapa” nominativo.

Si recurrimos a la metáfora de la cartografía podemos esquematizar estos tres límites, que han sido descritos por Bandler y Grinder (1975). El límite “orgánico” puede ser representado por las herramientas de dibujo. El límite que deriva de los modelos previos, por la contemplación conceptual (que es un pre-juicio) del territorio. El límite consensual, por la superficie sobre la cual nos vemos obligados a cartografiar. Si recurrimos a la metáfora de la computadora, los tres representantes serían los circuitos físicos del aparato (*hardware*), el programa de operación (*software*) y el lenguaje con el cual se opera (código). Serán, todas estas, equivalencias un tanto inexactas, pero cumplen su función metafórico-representativa.

No omitamos consignar, dicho sea de paso, que la identificación de estos tres límites depende de un criterio que no puede ser más que provisorio.

El programa psicoterapéutico

Las relaciones con la realidad, decíamos, quedan acotadas por el modelo con el cual se opera, y en esto veíamos a un mismo tiempo la justifica-

ción, el campo y el modo de acción de la psicoterapia. Decíamos también que antes de progresar en el estudio de los medios por los cuales podíamos lograr la transformación de un modelo debíamos comprender un poco mejor el proceso de su construcción. Nos ocupamos primero de describir el modo en que esta construcción queda desde el comienzo limitada por tres condiciones inevitables, y antes de proseguir por esta ruta haremos un desvío para añadir algunas nociones que nos serán útiles.

Dado que admitimos que la psicoterapia es una técnica derivada de una teoría y una ciencia, admitimos también que el trabajo que realiza, sometido a un conjunto de principios y reglas, es un trabajo programado. El encuadre, por ejemplo, es una parte de dicho programa. Un programa es, rigurosamente hablando, un procedimiento. Cuando este procedimiento, escrito en un lenguaje apropiado, es inequívoco y efectivo, constituye lo que en computación se denomina un algoritmo.

En este punto es muy importante que no confundamos un procedimiento efectivo inequívoco con la obtención de un resultado estereotipado. Si cada vez que alimentamos una computadora con los datos “dos” y “dos” separados por la instrucción de suma, nos devuelve el resultado “cuatro”, el estereotipo de la respuesta no está determinado por el procedimiento inequívoco de la suma (algoritmo simbolizado por el signo “+”) sino por la monotonía de la información de entrada.

Un algoritmo es un conjunto inequívoco de leyes de operación. Esto implica reglas de juego que tienen que ser inequívocamente codificadas e inequívocamente interpretadas o decodificadas, pero implica también la libertad del juego mismo abierto a la posibilidad de infinitas variaciones de salida condicionadas por las variaciones de la entrada.

Las leyes del juego son leyes que rigen la transición de un estado de ese juego hacia otro estado. Los juegos (el ajedrez, por ejemplo) son regidos por procedimientos efectivos que determinan inequívocamente cuáles son las transiciones posibles. *El programa de la psicoterapia* no cabe obviamente en un algoritmo tan sencillo como el de la operación de suma, ni cabe en ningún otro algoritmo por más complejo que éste sea.

Joseph Weizenbaum, el ingeniero en computación que diseñó un programa que simula a un psicoterapeuta rogeriano, sorprendido por la reacción de entusiasmo y las predicciones que este programa desencadenó entre psicoterapeutas y psiquiatras, escribió un magnífico libro (Weizenbaum, 1976) destinado a explicar de un modo solvente y profundo las razones de tal imposibilidad. No podemos entretenernos ahora en exponerlas aquí, aunque nos gustaría, porque dependen en lo esencial de conceptos análogos a los que sostienen la arquitectura de ideas acer-

ca de las fantasías específicas de los órganos en los cuales trabajamos desde hace muchos años.

Me limitaré a señalar, porque hace al tema que nos ocupa, que el programa de la psicoterapia, el conjunto de reglas que hacen de ella un “procedimiento efectivo”, está destinado a un operador humano y se codifica, por lo tanto, en un lenguaje de infinitos sobreentendidos. A pesar de estas limitaciones, que quitan el carácter riguroso de un algoritmo al procedimiento efectivo llamado psicoterapia, éste es un programa y un juego acotado por leyes, y es esto lo que ahora deseábamos subrayar aquí.

Descubrimiento de las leyes del juego

La investigación científica del fenómeno denominado lenguaje (me refiero especialmente pero no exclusivamente al lenguaje verbal) ensayó dos caminos. Para expresarlo brevemente recurriré a la metáfora construida por Weizenbaum (1976).

Imaginemos un ingeniero frente a una computadora acerca de la cual ignora todo, y que debe cumplir con la tarea de construir otra igual. Un camino consistiría en desarmarla y tratar de comprender el funcionamiento de las estructuras físicas que la componen. El otro camino consistiría en tratar de comprender sus leyes de operación, estudiando la relación existente entre las informaciones de entrada y salida.

De más está decir que la investigación neurofisiológica del fenómeno lingüístico, en lo que respecta a la lingüística misma, ha arrojado muy escasos resultados. Tan escasos resultados como los que obtendría un ingeniero en electrónica que, ignorando las leyes del juego de ajedrez, pretendiera comprender el funcionamiento de una computadora que juega ese juego, mediante el procedimiento de medir los valores eléctricos de la máquina durante el trabajo, o recurriendo a desarmar su interior en búsqueda de los elementos y los circuitos que la constituyen.

Imaginemos, en cambio, que un ser humano, ignorándolo todo acerca del ajedrez, quedara encerrado en una celda sin más distracción que una computadora semejante y se le ocurriera llegar a comprender lo que la máquina hace. Luego de un período dedicado a explorar lo que sucede con los distintos controles, terminaría por comprender los procedimientos para obtener los cifrados de entrada y salida. En un segundo período descubriría que hay entradas “correctas” que, en determinadas ocasiones, resultan prohibidas, y llegaría a descubrir las leyes elementales y rigurosas del juego, entre las cuales descubriría incluso lo que es ganar y perder la partida. Por

último descubriría que hay combinaciones permitidas que son inconvenientes, y terminaría por alcanzar las leyes estratégicas que producen una “buena” partida. Nada se opone a que algún día (al fin y al cabo la humanidad así lo hizo al crear la computadora de ajedrez a partir del contacto con la mente de un ajedrecista) él construyera, *tal vez con materiales distintos*, una máquina con un rendimiento semejante.

Lo que acabamos de imaginar en este ejemplo es aproximadamente lo que realizó Chomsky en lingüística (y también Freud en su interpretación del “jeroglífico” histórico). A partir del estudio, en muchos idiomas distintos, de las combinaciones gramaticales usadas por los hablantes nativos, y explorando aquellas otras, no usadas, gramaticalmente “prohibidas” (que resultan exentas de significación o con significaciones confusas), descubrió la existencia de leyes de operación inconcientes en todas las lenguas. Estas leyes no sólo rigen la formación de una estructura profunda mediante una gramática universal común a todas las lenguas, sino también su transformación en las estructuras gramaticales de superficie propias de los distintos idiomas. Su gramática generativa o transformacional postula la existencia de un legado congénito que determina restricciones completamente análogas a las que determinan en un juego reglado la prohibición de determinadas transiciones de estado.

La importancia de este rodeo para el tema que nos ocupa no reside solamente en que la psicoterapia es en esencia un juego reglado en el proceso de obtener transiciones de estado y, más aún, un juego en el cual, como lo hemos subrayado ya, el hablar desempeña un papel esencial. Reside sobre todo en el hecho de que el modelo del mundo que deseamos cambiar no es otra cosa que *el contenido semántico, el referente mismo, de aquello que Chomsky describe como estructura profunda de un mensaje verbal*. Esa *estructura de referencia* de la estructura profunda es el conjunto completo de la experiencia vivida que constituye nuestro modelo del mundo.

Deficiencias en la construcción de modelos

Tracemos ahora un esquema:

- 1) Existen las exigencias de la realidad, el territorio en el cual nos toca vivir.
- 2) Estamos dotados de un aparato sensorial que registra parcialmente determinados relieves de ese territorio.
- 3) Hemos construido instrumentos que amplían dicho registro a partir de los mapas anteriormente logrados.

- 4) Construimos mapas actuales, influidos por los mapas pre-términos, que determinan nuestra relación con el territorio en el cual habitamos.
- 5) En esos mapas actuales influye además un consenso que enfoca nuestra atención hacia determinados relieves y favorece el predominante dibujo de algunas configuraciones.

¿De dónde surge nuestra pretensión psicoterapéutica de cambiar ese mapa? La respuesta consiste en que tanto la teoría como la clínica nos permiten explorar deficiencias en cada uno de los jalones de la construcción individual de un modelo semejante. *Deficiencias que se manifiestan como sufrimiento en las relaciones del paciente con las exigencias de la realidad.*

El psicoanálisis clásico nos ha mostrado esto mismo en su descripción de estructuras infantiles inconcientes y anacrónicas que determinan conductas neuróticas que se repiten en la transferencia¹³.

El énfasis que Bandler y Grinder (1975) colocan en la realización de un análisis lingüístico de la realización de modelos nos brinda la oportunidad de explorar una modalidad representacional inconciente que no sólo enriquece desde un ángulo diferente la comprensión del paciente, sino que nos permite fundamentar de un modo general y amplio, que incluye los descubrimientos del psicoanálisis, el ejercicio psicoterapéutico, integrándolo y enriqueciéndolo con teorías y corrientes de pensamiento que provienen de otras disciplinas.

Bandler y Grinder examinan prolijamente, a través de numerosos ejemplos, las anomalías en la construcción del modelo que se denuncian en defectos de la formulación verbal, los cuales nos permiten inferir los escotomas y las deformaciones de la estructura profunda. Dedicamos también una parte de su obra a la ejemplificación de intervenciones destinadas a mutar dichos modelos. Sólo podré resumir ahora brevemente algunos lineamientos generales.

Enunciemos escuetamente, en nuestras palabras, algunos de sus conceptos, muchos de los cuales han sido extraídos de Chomsky (1975):

- 1) Todo modelo particular encierra al sujeto que lo ha construido en determinadas alternativas (en su relación con las exigencias de la realidad) que son propias del sujeto con dicho modelo y no son en sí mismas exigencias de la realidad.

¹³ Recordemos que, de acuerdo con Freud, el psicoanálisis sólo pretende sustituir el sufrimiento neurótico por el sufrimiento que es normal en la vida.

- 2) Toda psicoterapia se basa en un metamodelo acerca de la construcción de modelos.
- 3) En el proceso de construir una estructura profunda a partir de una estructura de referencia acerca del “mundo” (o una estructura superficial a partir de una profunda) podemos distinguir tres *universales que disminuyen la coincidencia de la representación con lo representado*: a) hay *generalización* cuando la cualidad de una parte se atribuye al todo, b) hay *eliminación* cuando se omiten partes, c) hay *distorsión* cuando se deforma la representación de alguna parte (una distorsión típica y frecuente es verbalizar un proceso que está en curso como si se tratara de un evento ya acaecido e irreversible).
- 4) El lenguaje posee dos funciones. La primera o representacional, propia de la estructura profunda, consiste en la representación lingüística completa de la relación propia con las exigencias de la realidad que culminan en la creación de ese modelo. La segunda o comunicacional, propia de las estructuras de superficie, consiste en el intento de representar en el otro y parcialmente la propia estructura profunda e inconciente.
- 5) En el proceso de transformar una estructura profunda en una superficial aparecen determinadas leyes de transformación cuya alteración permite detectar defectos en la constitución y operatividad de los modelos.

Frente al valioso y prolijo análisis de Bandler y Grinder no podemos menos que recordar las aun más originales y valiosas exploraciones de Freud en numerosos pasajes de su obra, como el que se refiere a las vicisitudes, combinaciones y permutaciones “del significante” en el episodio Boltraffio-Signorelli (Freud, 1901b*, págs. 9-15).

Se impone entonces una misma reflexión, que nos ha surgido repetidamente durante la realización de alguna reunión científica, en las ocasiones en que asistimos, estupefactos, a la presentación de una sesión psicoanalítica en la cual irrumpe intempestivamente el analista descolgando, con el aire del que se las sabe todas, una larga serie de permutaciones del significante que autorizan y respaldan una interpretación que no logra convencerlo a él ni a su paciente.

La reflexión es la siguiente, y la hemos desarrollado con mayor amplitud en los trabajos dedicados al uso del pensamiento lógico (Chiozza y colab., 1966b) y a la metahistoria y el lenguaje de la vida (Chiozza, 1998/ [1986]). Las consideraciones del estilo de Boltraffio-Signorelli y el análisis de las estructuras sintácticas (tal como ocurre con “la microscopía” en el análisis del material del paciente) parecen muy valiosas a la hora del

ejercicio teórico-clínico entre colegas, destinado a desarrollar en el psicoanalista una habilidad que, en el momento de su ejercicio psicoterapéutico, debe funcionar espontáneamente como un automatismo preconiente que no estorbe la amplitud de su criterio, ni perturbe la disponibilidad de su conciencia para captar y verbalizar las temáticas globales. De más está decir que tanto Freud como Bandler y Grinder dan muestras de hallarse más allá de un defecto semejante.

La operación psicoterapia

Llegados a este punto del camino se hace necesario resumir algunas conclusiones. La base más amplia y general que podemos delinear para una teoría de la psicoterapia consiste en afirmar que *su objetivo reside en la transformación de un modelo básico que constituye una estructura de referencia acerca de las exigencias de la realidad*. Los medios de que disponemos para realizar nuestra tarea son vehículos de significación, entre los cuales se destaca, por su desarrollo predominante, nuestro hablar.

Debemos ahora abandonar, apenas comenzada, la descripción de los riquísimos matices en los cuales la operatividad de dicha estructura de referencia se ejercita mediante múltiples modalidades de expresión y convivencia, para dedicar el tiempo que nos queda a trazar un breve fundamento de las coordenadas que convierten nuestro hablar y nuestras otras formas de vehicular significación, en un programa.

1) El primer punto del programa consiste en *la sustitución del contexto habitual por otro contexto*.

En el primer contexto, el paciente utiliza repetitivamente sus modelos inconcientes acerca de la exigencia de la realidad, para vivir la experiencia que transcurre en el consultorio y aquellas otras, actuales, que forman el tema de su relato.

En el segundo contexto opera, como metamodelo, la transformación del modelo habitual. A este metamodelo pertenece el encuadre. Muchas veces ocurre que el metamodelo de cambio se transforma en un metamodelo *ficticio* habitual, en cuya repetición estereotipada se transfiere y satisface la compulsión repetitiva y se oculta la ausencia de cambios genuinos.

2) El segundo punto del programa consiste en *la constante atención a lo que Todorov denomina el significado indirecto*.

Este significado indirecto, por oposición al directo, que es aquel que deriva de la traducción literal del contenido semántico de las frases explícitas, es el verdaderamente importante. Retie-

ne toda la significancia del instante vivido y corresponde a la interpretación del significado directo en función del contexto completo de significación que pertenece al momento.

Resulta fundamental tener conciencia de que significancia es afecto, y de que nuestra atención a la trama representativa que configura los mapas que llamamos modelos no debe hacernos olvidar que el verdadero tráfico mental, el único que paga derecho de aduana, son los afectos. Freud lo expresaba diciendo que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo del afecto implicado.

Describimos nuestro trabajo en términos referentes a ideas y representaciones, pero lo único que puede brindarnos la comprensión del sentido o significación que adquiere el conjunto representacional que pertenece al instante es nuestra capacidad de compartir o convivir un afecto.

3) El tercer punto del programa, íntimamente vinculado al anterior, consiste en la disposición y el interés dirigido hacia la *captación global*, en la historia relatada o dramatizada por el paciente, de aquellas *temáticas universales*, sempiternas y recurrentes, que configuran secuencias de escenas con un ya conocido guión o libreto.

Durante la realización de la tarea psicoterapéutica no debemos impedir que cualquier consideración al detalle, útil y necesaria muchas veces durante los ejercicios teórico-clínicos realizados entre colegas, aparte nuestro interés de este asunto concreto en el cual es importante que quede centrado.

4) El cuarto punto del programa consiste en *dirigir la atención hacia el mapa o modelo que opera implicado* en la puesta en escena de una determinada temática.

Este mapa o modelo no sólo constituye el producto de una actividad pretérita que ha cesado en su acción, dejando como residuo un prejuicio anacrónico, sino que también constituye, muchísimas veces, una muestra adecuada de una modalidad operativa inconciente que revela importantísimos vicios y mermas, tanto en la adquisición de información como en el ejercicio correcto de los procesos de pensamiento.

Tales vicios y mermas derivan inexorablemente de la existencia inconciente de algunos modelos previos individuales y defectuosamente adquiridos, pero no sólo de ellos. Influyen también, y es necesario insistir en lo ya señalado, la presencia de un consenso¹⁴ que trasciende al individuo y el estado actual de un

¹⁴ Hemos desarrollado este tema con mayor amplitud en el artículo “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato” (Chiozza, 1980e).

proceso evolutivo en el desarrollo de las prolongaciones instrumentales con las cuales obtenemos las muestras que establecemos como “datos” acerca de la realidad.

La operación conjunta de esos cuatro puntos del programa nos conduce, en apariencia, a la contemplación de un panorama que puede brindarnos la capacidad y la oportunidad de proyectar una transformación mediante la psicoterapia, pero no es así. La operación conjunta de estos cuatro puntos del programa constituye ya, completamente, el ejercicio psicoterapéutico, porque el proceso de adquisición de significaciones y el proceso de cambio no son más que dos vertientes simultáneas de un mismo acontecer.

**CONVIVENCIA Y TRASCENDENCIA
EN EL TRATAMIENTO
PSICOANALÍTICO**

(1983 [1982])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1983f [1982]) “Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico”.

Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 25-36.

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. 227-238.

Traducción al italiano

“Convivenza e trascendenza nel trattamento psicoanalitico”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 111-120.

Este artículo corresponde a un trabajo presentado en el XIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, Buenos Aires, enero de 1982.

La edición de 1998 de este artículo incluyó algunos párrafos extraídos del prólogo escrito en noviembre de 1997 (Chiozza, 1998t [1997]), OC t. VII, para el libro *La mujer y su ética* de María Zulema Areu Crespo (1998).

Los objetivos del tratamiento psicoanalítico

Tal como se desprende de lo que sostiene Racker (1960), aunque la obra de Freud nos permita enumerar varios objetivos del tratamiento psicoanalítico, estos objetivos son distintos sólo en apariencia. Así, por ejemplo, hacer conciente lo inconciente, superar las resistencias, llenar las lagunas mnémicas, transformar la repetición en recuerdo, interpretar la transferencia, restituir la unidad psíquica, o lograr que allí donde estaba el ello se encuentre el yo, coinciden en una misma tarea. Son distintos modos de ver y describir no solamente un mismo fin, sino, además, un mismo camino, porque son acontecimientos que se implican mutuamente, es decir, que transcurren juntos.

El postulado freudiano de que el yo debe conciliar las exigencias del ello, del superyó y de la realidad exterior (Freud, 1923*b**) permite agregar otra descripción más. Frente al paciente, prácticamente impotentes en lo que respecta a la posibilidad de transformar el carácter del ello o de la llamada “realidad exterior”, nuestra meta consiste en aumentar la capacidad del yo o modificar al superyó. Ambas cosas, en esencia, equivalen a una misma tarea. No sería inexacto decir, por lo tanto, que el fin y el camino de todo tratamiento psicoanalítico consisten en la modificación del superyó. Puede ser que no nos guste decirlo así, poniendo el acento en esta cara del poliedro, pero no podemos cuestionar la verdad de este aserto.

Un superyó más tolerante

Modificar al superyó, entonces. Sí, ¿pero hacia qué forma? Hacerlo más tolerante, menos cruel, menos primitivo. Que disminuya, frente al yo,

su carácter punitivo o arbitrariamente prohibidor y aumente su capacidad de protegerlo. El superyó, no lo olvidemos, no sólo representa a las normas sociales a través de la internalización de la autoridad de los padres de la historia infantil; representa además a los protopadres de la prehistoria heredada y, por lo tanto, se transforma, sin solución de continuidad, en un representante del ello ante el yo. Es este postulado freudiano el que retoma Garma (1962, pág. 46) en su concepto de un superyó biológico.

El superyó es por lo tanto una instancia bípeda que se apoya por igual en las pautas instintivas y en las normas sociales. Un superyó más tolerante no es un superyó más débil, sino, por el contrario, un superyó más evolucionado. Un hombre con una capacidad de vida más rica, más creativa, más placentera y más sana, no es, como suele decirse, un hombre que tiene “menos” superyó, sino un superyó mejor. La neurosis no es un exceso de superyó, sino un déficit en el desarrollo superyoico. Déficit que se manifiesta como retorno hacia formas superyoicas que contienen pensamientos y normas primitivas, superados en los estratos concientes de la personalidad o de la cultura.

La tarea psicoanalítica nos enfrenta cotidianamente con las dificultades del cambio, a pesar de lo cual hemos podido comprobar, casi diría con sorpresa, la profunda e inigualada capacidad del psicoanálisis, nacida de su riquísima conceptualización, tal como se manifiesta en el trabajo particular con un paciente. No solamente liberándolo de sus ataduras neuróticas, sino también, muchas veces, transformando la intimidad misma de su constitución enferma. Todo el respeto y todo el elogio que podemos otorgar al psicoanálisis parece poco ante la magnitud de las dificultades que ha podido enfrentar y resolver, y sin embargo empezamos a comprender que, en la tarea concreta que hoy nos plantea un tratamiento humano, la propuesta original, a pesar de ser tan rica en posibilidades, es incompleta.

El superyó inmaduro

En la época de Freud las normas sociales que, a través de la autoridad de los padres, debían pasar a integrar el superyó, formaban parte de un mundo ordenado. Es comprensible entonces que la tarea magna consistiera, frente a la formación neurótica, en *alcanzar* un desarrollo superyoico equivalente al de las mejores formas de la civilización y la cultura imperantes, a partir de los núcleos superyoicos más antiguos que correspondían a la perduración, actualmente neurótica, de estructuras de pensamiento que configuran normas primitivas, generalmente inconcientes.

Es cierto que el psicoanálisis ha contribuido a una modificación lenta y paulatina de aquella moral que se manifiesta como represión de la sexualidad. Con ello ha contribuido, también lentamente, a una variación progresiva de algunas normas sociales, lo cual influirá, a su turno, en la formación del superyó de los individuos que pertenecen a esa organización social. Pero el tratamiento psicoanalítico ha sido siempre concebido, en lo que respecta a este punto de vista, como una tarea dirigida hacia las relaciones entre el yo y el superyó del paciente, encaminada a lograr un grado suficiente de “maduración” en el desarrollo de un superyó cuyo modelo ideal estaba “al alcance de la mano”, en un mundo que, según se pensaba y se sentía, debía ser perfeccionado, pero no era necesario que fuera radicalmente cambiado.

Incoherencia de valores y crisis axiológica

Vivimos hoy tiempos muy diferentes de aquellos en los cuales Freud construyera su teoría y efectivizara su práctica. Ortega y Gasset (1949-1950) sostiene que aquello que llamamos sociedad no es la convivencia misma, sino una especie de *corpus* normativo que, bajo la forma de *mores* o costumbres, y como residuo o remanente de las convivencias pasadas, acota y determina las formas de la convivencia actual. Digamos entonces que la relación entre los hombres no es sociedad, sino convivencia, y existe una relación entre los hombres y ese *corpus* de estereotipos animados que llamamos sociedad. De modo que los hombres que conviven en la sociedad engendran, mediante esa convivencia, una nueva sociedad que determinará las formas de las convivencias futuras.

Los tiempos que hoy vivimos se manifiestan de una manera peculiar tanto en el terreno de lo que denominamos sociedad como en el campo restringido de un tratamiento psicoanalítico.

En el terreno de lo social asistimos a una crisis de valores tan profunda como sólo hubo otra en todo el desarrollo de la civilización humana (Gebser, 1950). Mientras que aquella primera crisis marcó el pasaje de una época de predominio del pensamiento mágico a una época de predominio del pensamiento lógico o racional, la nuestra corresponde a la irrupción en la conciencia de una nueva certidumbre. El pensamiento racional, nuestro instrumento más privilegiado, no sólo posee una capacidad limitada por su misma estructura, en la aprehensión de la realidad, sino que, lo que es peor, deforma inevitablemente dicha realidad en el acto mismo de su operación (Bateson, 1979; Watzlawick, 1976; Weizenbaum, 1976).

Teniendo en cuenta que estamos en el fin de una “era” y en el comienzo de otra (Gebser, 1950), no es de extrañar que nuestro mundo de valores no sea coherente ni ordenado, y que coexistan en él, mezclándose y oponiéndose entre sí, valores actuales y anacrónicos. La consecuencia de esta situación es doble. Por un lado existen, por así decir, tal número de éticas distintas como de individuos. Por otro lado, y ante esta crisis, los individuos aislados tienden a quedar más sometidos que nunca a valores arcaicos cuyo origen es inconciente y que ya han sido superados por la evolución de la cultura.

En el terreno de la realidad clínica, cuando realizamos nuestra labor psicoanalítica de hacer conciente lo inconciente y sometemos al juicio de la conciencia esos valores anacrónicos y primitivos (que heredamos, en el peor de los casos, de la horda primitiva y, en el mejor, de los prejuicios parentales revitalizados por nuestra ecuación instintiva), nos encontramos con que hoy, a diferencia de los tiempos de Freud, carecemos de una coherencia axiológica que pueda servir de base al enjuiciamiento conciente.

Si quisiéramos decirlo brevemente, deberíamos señalar que nos encontramos actualmente con una nueva “patología”. El neurótico no solamente es hoy un sujeto que adolece de un superyó “inmaduro” con respecto a la norma (se trate de una norma promedio o de una norma ideal); es también un sujeto que padece por una crisis de valores que comparte con un consenso mayoritario dentro de su sociedad, consenso en el cual es posible y aun probable que participe su psicoanalista. No debemos engañarnos en esto: por importante que haya sido la evolución de nuestra cultura civilizada, conciente y racional, aprendemos nuestras normas a partir de un ligamen afectivo, en su mayor parte inconciente, que impregna nuestro entorno.

El primitivismo afectivo¹⁵

Disponemos de miles de palabras para designar a los objetos de nuestro mundo perceptivo, y de unas pocas, poquísimas, para referirnos a los afectos que sentimos. El hombre de hoy viaja en avión, usa el rayo láser, se entera en unos pocos minutos de lo que ocurre en Tokio, desarrolla una ingeniería genética y logra transplantar sus órganos, pero experimenta la

¹⁵ No sólo deberíamos hablar de primitivismo sino también de “raquitismo” afectivo, ya que el hombre que hoy habita, por ejemplo, en los subsuelos de una megápolis como Nueva York, padece de una deformada y desigual evolución afectiva que es muy distinta de la que se encuentra en el salvaje que habita, en condiciones saludables, un mundo primitivo.

envidia de un modo muy similar a como la experimentaban los hombres de una pequeña y aislada comunidad en los tiempos de Shakespeare. No debe extrañarnos entonces que semejante desigualdad en su desarrollo lo precipite, inexorablemente, en una crisis ética.

Es fácil imaginar en este punto dos objeciones que son contradictorias entre sí.

La primera consiste en cuestionar si esta patología es de veras “nueva”, teniendo en cuenta que Freud se proponía no sólo modificar el superyó de un individuo, sino también luchar en contra de un consenso social que rechazaba, por ejemplo, la sexualidad infantil. A riesgo de repetir, insistiré en que lo nuevo es la carencia, en nuestros días, de una estructura de valores compartidos que sirva de base a una modificación concebida como perfeccionamiento y no como un cambio general y fundamental que afecta las bases mismas del sistema axiológico.

La segunda objeción podría apoyarse en el hecho de que no parece una tarea pertinente para un tratamiento psicoanalítico el intentar modificar en un individuo lo que se encuentra alterado en un consenso social. Antes de responder a esta segunda objeción es necesario que observemos un poco más de cerca qué es lo que ocurre, desde este punto de vista, en nuestros consultorios. Podremos entonces preguntarnos, luego, en qué medida el resolverlo pertenece a nuestra tarea o, a la inversa, preguntarnos si podemos realizar nuestra tarea sin resolverlo.

Sin intentar hacer un prolijo inventario de la confusa, laxa y mal estructurada mezcla de valores que constituyen el universo axiológico del “hombre medio” de nuestros días, intentaremos referirnos, a grandes rasgos, a algunos lineamientos básicos que constituyen sus líneas de fuerza.

El individualismo degradado

Comencemos por decir que un grupo de virtudes personales tales como la dignidad, la honradez, la responsabilidad, la fidelidad, la confiabilidad, la “formalidad”, la cultura, a pesar de que a menudo se hable de ellas, o se las aproveche muchas veces en el propio beneficio, son, en realidad, relativizadas. Otro grupo que incluye valores tales como el poder, la posesión, especialmente de bienes materiales, o el conocimiento científico-técnico (*know how*), tienden a ser considerados absolutos. Formas sociales como la libertad o la justicia son defendidas “desde lejos” y “en teoría” sintiendo que han perdido vigencia, o con la oscura conciencia de que, en un mundo complejo, funcionan codeterminadas por parámetros mal conocidos.

El auge del individualismo, que otrora condujo al hombre hacia el florecimiento pleno de sus disposiciones latentes, nos muestra hoy sus formas caducas. Por ejemplo: el orgullo, que implica responsabilidad y esfuerzos, cede su puesto a menudo a la vanidad, que es irresponsable y más fácil. Un narcisismo excedido se oculta frecuentemente bajo el disfraz del amor a los hijos. El egoísmo se viste con el ropaje más digno del amor familiar. La amistad, sazónada con el cálculo, queda sometida a las leyes de la relación concretamente útil. El cariño, que enriquece el vínculo amoroso a través de la generosidad y la capacidad de cuidar, se convierte en una debilidad peligrosa, que debe ser sustituida por la pasión y el enamoramiento, que procuran la posesión del objeto. Todo esto en nombre de una necesidad de progreso individual, que se hace imperativo bajo las formas, paupérrimas en su absurda simplicidad, de mayor poder, o prestigio, y mayor riqueza.

El hombre no ha nacido, sin embargo, para vivir aislado. Para realizarse plenamente le hace falta, como a la neurona, vivir inmerso en un mundo de interlocución. Para gozar de sus posesiones necesita, como le ocurre a un niño con una pelota, la presencia de alguien con quien compartirlas. El goce pretendidamente solitario se realiza mediante el artificio efímero de una presencia imaginaria.

El “vacío” y la “intrascendencia” existencial

Las formas de un individualismo degradado, en el cual la exasperación materialista genera una carencia de espiritualidad, desoyendo esta perentoria necesidad de convivir, crean en el hombre medio de nuestros días un vacío existencial de fondo. Entonces, como le ocurre a un solterón en el día de Navidad, no existe quien pueda llenar ese vacío. Sus hijos sólo funcionan como prolongaciones narcisistas de su propio ego; su cónyuge, frecuentemente devorado en un vínculo simbiótico, es sólo un pretexto para su crecimiento egoísta; sus amigos fueron elegidos para otros fines, acordes con la conveniencia de otro momento. Así, aterrorizado por un silencio enfermo, intentará hablar del tiempo, de lo que pasará con el dólar, o, irresponsablemente, de lo que ocurre en la política nacional o internacional. O intentará hacer algo, arriesgando su dinero, su vida o su honra, en el deporte o el juego; o soñará con vacaciones imposibles o con adquisiciones nuevas, incluyendo en estas últimas las aventuras sexuales.

Cuando, como a menudo sucede en la edad media de la vida, sus formaciones defensivas se agotan, aparece un cuadro que nuestra complicidad culpable prefiere encerrar, todo entero, en el diagnóstico de la melancolía.

Sienten que sus vidas, o la vida en su conjunto, carecen de sentido. En nuestra interpretación diagnóstica habitual, las vicisitudes de las relaciones del yo con el superyó (que fundamentan la psicodinamia de la melancolía) invaden abusivamente el campo nuevo, constituido por las relaciones del superyó “individual” con las formas ideales caóticas del consenso social.

No suele percibirse en los años de la juventud, o de la vida adulta, destinados a crecer y procrear, y en los cuales los afanes transcurren, si no intervienen otras circunstancias, sin las dificultades graves que derivan de la debilidad afectiva. Pero cuando el hombre envejece, el crecimiento y la procreación dejan lugar, en condiciones saludables, a una creatividad que surge de su capacidad sublimatoria. Aunque el hombre y la mujer añejos disfruten de una actividad genital satisfactoria hasta el fin de sus días, y aunque puedan gozar de la compañía de cónyuges, hermanos, hijos, sobrinos, nietos, amigos o vecinos, necesitan inexorablemente, para vivir “en forma” y para evitar la ruina, realizar en su cotidianeidad presente una actividad auténtica que trascienda la terminación de sus vidas, y los arranque de la ilusión de que se puede vivir del pasado, entreteniendo los ocios con tareas menores o con la fantasía de un perpetuo recreo.

Los roles masculino y femenino

El hombre y la mujer de hoy se encuentran atenazados, en una época de cambio, entre dos estructuras normativas difíciles de conciliar y que operan en sus vidas desde lugares diferentes. Una, en su mayor parte afectiva e inconciente, es por lo general coherente y anacrónica; la otra, intelectual y conciente, tiene menos fuerza y menos coherencia, pero tiene todo el apoyo de un consenso actual.

Hoy se habla, demasiado a menudo, de igualdad, confundiéndola con la equivalencia, cuando es obvio que dos cosas pueden ser equivalentes sin necesidad de ser iguales, como sucede con los dos guantes que integran un par. Es también obvio que el hombre y la mujer que conforman una pareja humana ingresan en una relación complementaria dentro de la cual la extrema simplificación que surge de la confusión de ambos términos conduce a sufrimientos y daños que no deben ser subestimados. Es un dudoso beneficio, para una mano izquierda, que se le otorgue precisamente el guante que corresponde a la otra.

A pesar de que la función que la mujer desempeña en la sociedad ha evolucionado, y que esa evolución tiene un indudable valor positivo, es negativo el hecho de que coexistan, en la vida concreta del hombre y la

mujer de nuestra época, en una mezcla incoherente y a menudo confusa, esquemas normativos antiguos y modernos, algunos concientes, y otros, precisamente los que más repercuten, inconcientes. Es casi inevitable que la mezcla de esquemas se constituya de manera incongruente, ya que se tenderá a combinarlos utilizando, de cada uno de ellos, solamente la parte que se estime más ventajosa. De este modo se explican en gran parte el sufrimiento, el deterioro y la infelicidad en la cual incurren hombres y mujeres, infelicidad que conduce, en nuestros días, al naufragio de tantas parejas.

Convivencia y trascendencia

Las formas del individualismo que hemos llamado caducas y decadentes no son, sin embargo, los únicos productos sociales propios de nuestra época. Tampoco se trata ahora de hacer un inventario de las virtudes humanas perdurables, tales como la generosidad, la ternura, la curiosidad, la tenacidad o la creatividad, que se mezclan en cada hombre con sus vicios en distinta proporción. Interesa señalar aquí, en grandes rasgos, las líneas de fuerza de los nuevos desarrollos ideales.

Podría pensarse ahora que el remedio frente a los productos decadentes del individualismo consiste en formas de organización colectiva racionalmente ordenadas de acuerdo con los principios de la equidad y la justicia. Sin embargo, como dije antes, hoy sabemos que frente a la maravillosa complejidad de la naturaleza y la cultura, la razón es mucho menos de lo que necesitamos para orientar nuestra vida. Tal como lo señala Ortega y Gasset (1948), la diferencia existente entre los derechos del hombre sancionados por la Revolución Francesa y el perdurable derecho romano estriba en que mientras los primeros se dedicaron a establecer racionalmente la legitimidad de sus principios, los segundos se limitaron a escribir lo que la experiencia de los siglos había elaborado como jurisprudencia decantada por la vida misma en su integral complejidad.

Megasistemas y grupos creativos

¿Qué es lo que vemos entonces, si observamos la vida misma, en los terrenos de la creatividad social? Vemos que aquí y allá los sentimientos comunitarios del hombre generan pequeñas agrupaciones espontáneas en torno de un ideal común, de duración variable, que se caracterizan por un

período durante el cual la creatividad del grupo incrementa la capacidad creativa individual de cada uno de sus integrantes.

En el seno de estas agrupaciones, los productos de la creatividad acrecientan los sentimientos libidinosos internos y el interés exterior. De tal modo, logran compensar con creces los afectos disolventes internos que la convivencia estrecha genera y los ataques exteriores que su presencia provoca. Junto con la gratificación de los impulsos hacia una común-unidad, aparece un nuevo deseo-sentimiento, la trascendencia, que aspira a su satisfacción.

Estas agrupaciones, que poseen una estructura jerárquica interna, remedan las formas de agregación de las unidades de la vida orgánica, y tienden, si no predominan los afectos disolventes, a integrarse por un procedimiento análogo en unidades mayores. Koestler (1978), en un sentido más amplio, que trasciende lo humano, se refirió a estos sistemas con el nombre de “holones”. Con un significado semejante piensa Bateson (1972) en los ecosistemas.

Esa incitación al trabajo que “desde adentro” podemos llamar entusiasmo, y que aparece en este tipo de agrupaciones, ha sido descrita por Grassé (Thomas, 1974) en su estudio de las hormigas termitas, como una propiedad biológica particular, y bautizada con el nombre “estigmergia” (que significa “incitación al trabajo”).

Las hormigas han sido siempre el símbolo del sometimiento a una forma de organización colectiva que atenta contra la libertad y la creatividad individual. Hoy sabemos que las termitas, algunos de cuyos nidos, exceptuando las creaciones del hombre, son las obras más complejas e inteligentes entre las producidas por los seres vivos, organizan su trabajo de un modo que difícilmente podría ser concebido como un desmedro de su existencia individual.

Tal como afirma Lewis Thomas (1974), es inverosímil suponer que su cerebro, que por su forma y tamaño es semejante a un ganglio neural, pueda diseñar la tremenda complejidad de galerías de algunos de sus nidos, que son verdaderas “ciudades”, de cuatro metros de altura por más de treinta metros de diámetro, acompañados de “suburbios” satélites, con cámaras de orientación adecuadas para mantener el grado de ventilación y humedad necesario para la “ganadería” o la “agricultura” (“ordeñan” pulgones y “siembran” vegetales) (Thomas, 1974, pág. 20).

La hipótesis de una habilidad “instintiva”, como sabemos, es un modo gracioso de afirmar sencillamente nada. Las investigaciones de Grassé permiten construir la hipótesis, mucho más plausible, de que los cerebros de las distintas hormigas mantienen entre sí una relación semejante a la que

mantienen las neuronas de un cerebro humano, y que el hormiguero, de este modo, cuando “se pone a pensar”, funciona como un mega-cerebro con respecto a la hormiga. Grassé estudió este acoplamiento y desacoplamiento “cerebral” de las termitas, aislándolas y observando su conducta cada vez más inteligente a medida que va aumentando su número.

A pesar de que desde hace siglos el hombre se ha puesto en contacto con esta disposición humana a la constitución de grupos creativos, cuyo mejor testimonio lo encontramos en ejemplos como la orquesta sinfónica, el desarrollo de formas de pensamiento y de organización vital que podemos rotular con el nombre de “terciarias” lo acerca hoy como nunca a comprender la profunda trascendencia de estos megasistemas.

Pero esta nueva conciencia y este movimiento evolutivo, que progresa hacia formas biológico-culturales más complejas, transcurre, como es natural, en vaivenes. En el campo de la conciencia y el pensamiento esos vaivenes se manifiestan bajo la forma de lo que los psicoanalistas llamamos resistencias. Cuanto más avanzado es el proceso, más tenaz y violenta será la resistencia.

Al evaluar las dificultades con que tropieza la constitución de una *Gestalt* holónica debemos tener en cuenta, además de la mencionada operación, interna y externa, de la resistencia, que no todos los participantes de un grupo así configurado se integran holónicamente, y que, junto a los “correligionarios” que “sienten” la presencia de una labor trascendente, se reúnen “partidarios” que los acompañan durante un tiempo exentos de todo espíritu de trascendencia y sostenidos por motivos estrictamente individualistas o por vínculos simbióticos o endogámicos. Si queremos ser más exactos, debemos decir que no hay casos puros sino mezclas, en distinta proporción, en cada participante, entre un aspecto “partidario” y otro “correligionario”.

La cuarta injuria narcisista

A los fines de ayudarnos a comprender el tipo y la magnitud de las resistencias movilizadas, podemos mencionar dos situaciones que nos afectan desde un ángulo distinto.

Digamos, en primer lugar, que si es cierto que el descubrimiento de que la Tierra no es el centro del universo, que el ser humano se halla inserto en la escala zoológica y que lo gobiernan fuerzas inconcientes infligió al hombre una triple injuria narcisista, podemos hacernos una idea de cómo ha de experimentar la incipiente conciencia de que su existencia misma de individuo es un concepto relativo al punto desde el cual se lo contemple.

En cuanto a la segunda situación nos basta con imaginar cómo podrían sentirse los miembros de una comunidad primitiva en la cual los hombres se ocuparan en conjunto de la guerra y de la caza y las mujeres atendieran el campamento y los hijos de padres indiscriminados, en el momento en que algunos de sus miembros inauguraran la formación de parejas matrimoniales con reconocimiento de la propiedad de los hijos y de su “autoridad” sobre ellos. Tal institución social nueva sólo podría subsistir si se diera por lo menos una de estas dos condiciones: 1) que aportara productos indudablemente beneficiosos a la comunidad, más allá de toda negación posible, o 2) que obedeciera a una necesidad tan imperiosa que la recreara siempre de nuevo después de cada nueva destrucción.

Convivencia y trascendencia en el campo psicoanalítico cotidiano

Nos falta ahora comprender de qué manera se insertan estos conceptos en el campo de nuestro trabajo psicoanalítico cotidiano. Después de haberlos recorrido con cierto detalle, dos palabras bastarán para diseñar lo esencial.

Junto a su necesidad de convivencia, el hombre posee una necesidad de trascendencia, sea conciente o inconciente, que, como ocurre con cualquier otra necesidad, debe ser identificada durante el tratamiento psicoanalítico a los fines de que pueda ser adecuadamente satisfecha. Los valores que rodean de un modo más cercano a esta disposición latente, que constituye, al mismo tiempo que una facultad, una vocación, son la curiosidad, la ternura, la generosidad y la creatividad.

El asunto principal reside precisamente en comprender que existe en todos los seres humanos y no solamente en algunos, así como existe en todas las mujeres una disposición latente a la maternidad. El principio freudiano de que psicoanalizar no es solamente curar, sino también educar, adquiere en este punto una especial validez. Pero es necesario no confundirse; educar no es imprimir lo que uno sabe en el otro, sino, muy por el contrario, y como la etimología lo indica, conducir hacia afuera lo que existe adentro de él. Precisamente en eso reside lo importante, porque no se trata hoy de *asumir ni rechazar* valores sociales que ya están establecidos, ni tampoco de retocar o perfeccionar alguno que funcione mal.

Cuando en el proceso de hacer conciente el superyó inconciente se empiezan a cuestionar los antiguos valores y se aborda al mismo tiempo, inevitablemente, el campo otrora inexistente de una crisis axiológica como

la nuestra, es necesario evitar a todo trance el expediente de armar de urgencia un ideal protésico, yendo en cambio a buscar en las fuentes viscerales de la necesidad de convivencia y trascendencia, la auténtica materia prima de la norma social.

¿Acaso no lo hemos experimentado en carne propia alguna vez, cuando en la magia de una interpretación lograda sentimos el misterioso instante eterno en el cual, siendo uno con el paciente, hemos crecido para siempre los dos? Pero entonces, cabe preguntarse, ¿estamos ayudando al paciente o lo estamos usando para establecer las normas de una nueva sociedad? Es necesario que demos vuelta la pregunta: ¿existe algún modo en que podamos ayudarlo a desentumecer su aparato trascendente que no adquiriera momentáneamente la engañosa forma de arrancarlo de sí mismo para volcarlo íntegramente sobre la comunidad?

**ACERCA DE LA EXTORSIÓN
MELANCÓLICA**

(1983)

Luis Chiozza, Catalina N. de Califano,
Alejandro Fonzi, Liliana C. de Grus, Ricardo Grus,
Elsa L. de Marzorati y Juan Carlos Scapusio

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1983i) “Acerca de la extorsión melancólica”.

Ediciones en castellano

XIV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 72-77.

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 127-134.

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. 239-244.

Traducción al italiano

“Sull’estorsione melanconica”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 103-109.

El logro mediante el sufrimiento

Es habitual que un bebé llore y lo levanten en brazos para que se calme. Puede ocurrir un día que los padres piensen que están malcriando a su hijo y decidan dejarlo en la cuna a pesar de sus protestas. El niño llorará nuevamente pero esta vez no recibirá la respuesta acostumbrada. Desconcertado y asustado, insistirá, llorando aun más fuerte. Si los padres permanecen a su lado y lo cuidan sin levantarlo, por fin se resigna y se calma. Si ocurre, en cambio, que, sintiendo que no pueden tolerar el sufrimiento del niño, lo alzan en brazos, la situación es otra. Experimentan habitualmente una sensación de fracaso porque no han podido mantener su decisión. El bebé se siente aliviado pero, percibiendo el malestar de sus padres, se siente también “culpable”. La secuencia se repite una y otra vez. Los padres soportan cada vez mejor el llanto del niño, pero éste llora cada vez más y se pone cada vez peor, hasta que ellos vuelven a ceder. El sentimiento de fracaso en los padres y de culpa en el niño aumenta progresivamente. Cuando ocurre esta situación o alguna otra semejante, el niño, desde pequeño, se entrena para conseguir lo que quiere a través del sufrimiento. Aprende que sufrir constituye el método, la técnica para conseguir las cosas, y se va perfeccionando en ella.

Respecto de la actitud a tomar frente a una criatura que llora, el consenso suele dividirse en dos grupos: uno formado por quienes piensan que el niño es caprichoso y que no se le debe dar lo que pide; el otro, por quienes se conmueven de su llanto, afirmando que frustrarlo es cruel y que deben satisfacerse sus demandas. Hay “razones” de distintos órdenes que avalan cada una de estas actitudes. Hay padres que parecen no poder optar por ninguna

de ellas. Desarrollan un mensaje de tipo contradictorio, según el cual no les parece bien acceder “enseguida” al deseo del niño porque implicaría consentirlo, pero tampoco quieren frustrar definitivamente su pedido por temor a que sufra en exceso. Es en este contexto donde el niño siente, entonces, que para obtener algo debe ganarlo con sufrimiento. Esta vivencia parece estar en la base de la creencia de que un trabajo debe ser valorado no tanto por el resultado o nivel alcanzado, sino más bien por el esfuerzo que demandó su realización. Tal expectativa marcha en sentido inverso a lo que nos muestra la vida, que suele premiar el resultado y no el esfuerzo.

Algunos aspectos del sufrimiento melancólico

El sufrimiento que describimos tiene sólo en parte el carácter de teatro o ficción; implica además un padecer auténtico que puede llegar hasta la enfermedad somática o el suicidio en el intento de lograr su propósito. Conviene señalar en esta situación dos aspectos. El primero consiste en el refuerzo del sufrimiento primitivo que proviene de su resignificación secundaria. El “niño”¹⁶ siente que lo que él desea es algo inmerecido, y su logro lo llena de sentimientos de culpa, que debe pagar con un sufrimiento mayor; pero, si fracasa, se siente estafado, porque verdaderamente ha sufrido y debería ser compensado o resarcido. El segundo aspecto reside en que “el niño” suele confundir los ideales con las necesidades y se comporta como si le fuera imposible seguir viviendo sin obtener lo que anhela, por ejemplo, ser alzado en brazos o, en un sentido simbólico, ser elevado en jerarquía (mejor “puesto” o nivel social, etc.). Puede suceder que un niño, luego de llorar mucho, consiga que lo levanten y siga sintiéndose mal o aun más culpable, o también, frente a la frustración de su deseo, la insistencia en el llanto puede impedirle descubrir que es posible prescindir de aquello que quería. El adulto en el cual opera una situación semejante puede encontrarse persiguiendo logros inadecuados que, una vez obtenidos, no lo satisfacen y le impiden desarrollar de una u otra manera deseos o conductas sustitutivos y adecuados. Por evitar el dolor de tener que renunciar a una ilusión, el sujeto vive su vida inmerso en el sufrimiento, en el intento de “conjurar” y “ablandar” al destino, como antes, en su infancia, a los padres. Fenichel (1945) utiliza el nombre de extorsión para referirse a esta actitud, cuya intervención describe en varios cuadros psicopatológicos. La ilusión que el sujeto persigue

¹⁶ Usamos la palabra “niño” entre comillas para referirnos no sólo al niño real, sino al que habita dentro del adulto.

pertenece a la imagen de un mundo que es el único en el que aceptaría vivir y al cual se empeña en conjurar mágicamente, con procedimientos tercos que ahora resultan cada vez más fallidos, en la medida en que se alejan cada vez más de la realidad (así encuentra, por ejemplo, que su matrimonio no es como debiera, que los amigos no son lo que creía, que los maestros no son capaces, etc.). En la ocasión en que alcanza tercamente algún logro (que en su fantasía ha sido arrancado, mediante la extorsión, al destino que representa a los padres) los sentimientos de culpa (por el fracaso de aquéllos) incrementan la insatisfacción primitiva que correspondía a lo innecesario del logro. Su mundo interno y sus relaciones de objeto, con padres “derrotados” en cada progreso, adquieren de este modo las características funcionales que aprendimos a conocer a través del estudio de la melancolía¹⁷.

El sujeto no sólo aprende que para obtener lo que se quiere lo esencial es sufrir. También aprende un metamodelo (deuteroaprendizaje) (Bateson, 1942), por obra del cual su objetivo pasa a ser “lograr el logro”, es decir, “salirse con la suya”, independientemente de la cosa que se intenta lograr. De este modo transforma cada asunto en una cuestión de principios. No persigue algo determinado, sino lograr todo lo que constituye un logro. Mientras llora su fracaso, confía en el triunfo, porque siente que está a punto de “salirse con la suya”¹⁸.

Extorsión melancólica, situación analítica y consenso

Cuando opera este mecanismo es habitual que el paciente tenga un permanente sentimiento de malestar y que el analista, a pesar de haber intentado comprenderlo desde distintos ángulos, experimente la sensación, también permanente, de no saber cómo asistirlo. Esta vivencia correspon-

¹⁷ Mientras que en la esquizofrenia la contradicción en la comunicación –doble vínculo (Bateson, 1956)– es simultánea, en la estructuración melancólica que nos ocupa, esta contradicción se realiza sucesivamente. Los padres de pronto deciden no levantar al niño cuando llora; luego cambian su criterio, y lo alzan en brazos.

¹⁸ La expresión tan habitual “lágrimas de cocodrilo” señala aquellas situaciones en que estos mecanismos son muy evidentes, pues en este animal la masticación excita sus secreciones lagrimales y llora mientras está devorando a la presa. Watzlawick (1977) relata una experiencia por la cual una rata abandonada a su suerte en un tanque de agua del cual no puede salir, de pronto deja de nadar y se ahoga, pero si se la rescata y luego se la vuelve a abandonar en el agua, ahora, después de esa experiencia que le brindaría una mayor confianza en el éxito, nada mucho más tiempo hasta quedar exhausta.

de a las expectativas del paciente de encontrar un objeto ilusorio y fantástico, expectativas que el analista, en tanto objeto real, no puede satisfacer. El paciente suele plantear los problemas que lo aquejan como insolubles, dejando al analista con la sensación de estar acorralado en un callejón sin salida. Para que el tratamiento pueda progresar es necesario que tanto el paciente como el analista acepten conscientemente que la vida de cada uno no es la vida del otro. Es imprescindible ubicar al paciente en la posición de tener que hacerse cargo de su propio e indelegable problema. Esto puede lograrse con actitudes y palabras que adquieran el significado de: “¿Qué piensa hacer usted ahora?”.

En casos como éstos, el analista debe “luchar” con un tipo de paciente que tiene muchos años de entrenamiento en una clase de conducta que exige, para lograr su modificación, que el psicoterapeuta asuma un rol complementario para el cual, en general, no suele estar bien preparado. En el decurso del tratamiento siempre se llega al punto en que los padres (maestros, jefes, etc.) han fracasado con el paciente y es el analista el que debe revertir la situación y salir ahora exitoso trascendiéndola. Pero se encuentra (como sucede, en un tratamiento médico, con un germen penicilino-resistente) con que, en sus intentos frustrados, los padres han “entrenado” al paciente para resistir.

Cuando algún cambio se avecina el paciente se angustia, porque se reedita la situación antigua, en la cual cambiar equivalía al fracaso de un logro experimentado como esencial para sobrevivir. Usa entonces, como recursos de la resistencia, expresiones que aluden a un carácter o a un mundo que (mediante racionalizaciones que suelen ser excelentes) pretende inmutables. Esto termina condensándose en afirmaciones como, por ejemplo: “yo soy así”, “es mi manera de ser”, “así es el mundo” y “esto es imposible de cambiar”. Habitualmente, cada vez que se llega al núcleo que constituye un baluarte (Baranger y Baranger, 1969), el paciente agrava sus síntomas. Llega incluso a enfermarse somáticamente y usa su empeoramiento como prueba de que el análisis, que se orienta hacia el cambio, “no funciona”. Podemos comprender así, desde otro ángulo, la “reacción terapéutica negativa”; el agravamiento del paciente aparece como una contraprueba de que el analista está equivocado. Si éste “no cede en su intento” y es sentido como “un padre decidido”, el paciente, avalado por sus familiares, amigos y el más amplio entorno, que suele incluir a otros colegas, considera que el analista lo está dañando con sus interpretaciones y lo acusa de ser el culpable de su empeoramiento. La situación se hace difícil de sostener, en parte porque los analistas suelen negarse a “atravesar” el rol de “un padre decidido” frente a un “niño maleducado”, y en parte porque en el mismo

analista suele tener mayor peso la identificación con el rol de paciente que con la condición de ser analista. Además, la influencia del consenso, que ejerce presión, opera como un malentendido, invirtiendo los significados de las cosas. Cuando el analista busca promover cambios en el paciente y éste lo extorsiona con su agravamiento, surge la crítica hacia aquél, que es visto desde la opinión corriente y el “sentido común”¹⁹ como cruel o insensible, o bien como alguien exigente que quiere llevar al paciente a logros que van más allá de lo que puede, sin respetar lo que éste, por su naturaleza, es²⁰.

Aunque no se presenta solamente en la enfermedad melancolía, denominamos melancólica a esta modalidad de extorsión que ejerce presión sobre otra persona a través del sufrimiento propio. Si bien aparece como sufrimiento, como autoataque, opera sobre el objeto promoviendo sentimientos de culpabilidad, en una serie creciente que puede llegar hasta lo intolerable.

Modificación de la extorsión melancólica

Para que el paciente pueda modificar esta modalidad de conducta es necesario que el analista lo acompañe cordialmente y mantenga su decisión de enfrentar mediante la interpretación precisamente aquello de lo que el paciente huye. El “des-entrenamiento” comporta un proceso cuyo primer paso consiste en diferenciar entre conseguir una cosa y “salirse con

¹⁹ Resulta interesante investigar por qué sólo algunos casos excepcionales y no la mayor parte de la gente llega a ser anciana “estando en forma”. Un gran porcentaje de personas muere alrededor de los sesenta años con enfermedades somáticas deteriorantes. El pensamiento de la mayoría, dictado por el sentido común, parecería, por lo menos en ciertos órdenes de la vida, conducirla por senderos equivocados.

²⁰ Una crítica semejante corresponde a la proyección sobre la figura del analista de una actitud inconciente de exigencia ideal, que el paciente y el consenso que lo acompaña adoptan frente a un mundo que incluye al analista mismo. Nos encontramos aquí frente al caso, señalado por Freud (1911c [1910]*), en que lo que permanece “reprimido” hasta el punto de sustracción de la investidura inconciente, retorna a la conciencia bajo la forma de una percepción, como si proviniera del exterior. Cuando se llega a este punto, en cuestiones que comprometen al baluarte, tanto en el tratamiento como en cualquier relación personal fuera del vínculo psicoanalítico, el malentendido suele ser irreversible. Sólo queda el camino de la separación. Ésta puede recorrer todas las etapas de una serie, que va desde la violencia a la resignación. Resignación que suele adoptar la apariencia de un acuerdo que, en realidad, es imposible, precisamente en razón del malentendido que provoca la separación.

la suya". Es imprescindible que "al niño" que insiste "llorando" y sufriendo cada vez más, se lo ayude a comprender que la "negativa" frente a sus pedidos no sólo proviene de la naturaleza de éstos, sino del hecho de que suele sentirse cada vez peor si no consigue lo que desea. Situación que hace necesario mantener ahora dicha "negativa" en razón de otros fines, los terapéuticos. Si "el niño" reacciona empeorando y la situación resulta intolerable, es posible "ceder" hasta un punto en que, si la reacción sigue repitiéndose, será necesario "explicarle" que habrá una ocasión en que la decisión será definitiva e irreversible. La forma y el *timing* de ese momento dependerán de las características particulares de cada vínculo. A veces sucede que el paciente llega en el análisis a sentirse "arrinconado" y entonces "pide una tregua". Esta "tregua" puede aparecer como transferencia negativa, empeoramiento de sus síntomas, enfermedad orgánica, etc., y suele tener la finalidad de permitirle consolidar nuevamente su estructura de modo que el baluarte no se destruya²¹.

Junto a la posibilidad de que el analista, en el encuadre y en la interpretación, asuma el rol de "un padre decidido", cabe otra alternativa, la de esperar y no forzar la situación. En este último caso es necesario tener en cuenta que el paciente asistirá a las sesiones, pero que, mientras tanto, el cambio fundamental, que corresponde al baluarte, quedará postergado. Si bien es cierto que el paciente se resiste a ese cambio y usa la afirmación de su carácter como refugio y pretexto, ni el analista ni el paciente deben olvidar que es ese mismo carácter el origen de los problemas que motivan precisamente la continuación del tratamiento.

²¹ Como el monstruo mitológico de las siete cabezas que, en la tregua, vuelve a generar aquellas que le son cortadas.

**LA PARADOJA, LA FALACIA Y
EL MALENTENDIDO COMO
CONTRASENTIDOS
DE LA INTERPRETACIÓN
PSICOANALÍTICA**

(1983)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1983k) “La paradoja, la falacia y el malentendido como contrasentidos de la interpretación psicoanalítica”.

Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 157-176.

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.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 261-278.

Traducción al italiano

“Il paradosso, l’inganno e il malinteso come controsenso dell’interpretazione psicoanalitica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 13, Borla, Perugia, 1986, págs. 207-226.

El contenido de este artículo corresponde a un trabajo presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática en abril de 1983.

Qué significa interpretar

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 o 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).

Entre estas acepciones hay una que se diferencia netamente de todas las demás. Podemos atribuir la caída de una piedra a una fuerza que la causa y que denominamos gravedad. Cuando así lo hacemos, establecemos una relación que denominamos causa-efecto y que consideramos privada de la intencionalidad correspondiente al terreno de lo anímico.

No parece excesivo suponer que cuando llamamos “interpretación” al hecho de atribuir una acción a una causa, es porque implicamos en esta atribución la idea de un significado o sentido que alude, no del todo conscientemente, a la existencia, en el universo físico, de una finalidad que los seres humanos sólo conocemos por introspección.

Cuando consideramos que la interpretación opera sobre un “objeto” que pasa a constituir “lo interpretado”, ingresamos en el terreno de

la paradoja. Aparentemente este objeto debe satisfacer dos condiciones “antes” de poder constituirse en el objeto de una interpretación. Debe hacerse presente a la conciencia del intérprete y debe además, excepto en el caso de la relación causa-efecto examinado anteriormente, ser considerado como un “producto” o parte de una existencia psíquica. La paradoja reside en que estas dos condiciones, presuntamente “anteriores” al ejercicio de una interpretación, son a su vez, ambas, el resultado de una actividad interpretativa previa.

Si examinamos el conjunto de las acepciones que abarca el término “interpretación”, podemos, en primera instancia, reducir la definición de su significado a tres puntos:

- 1) determinar el sentido,
- 2) traducir de uno a otro “idioma”,
- 3) expresar un asunto.

Hemos puesto “idioma” entre comillas para asignarle un significado más amplio que incluya todo aquello que pueda ser considerado un lenguaje.

Si admitimos que es más prudente sustituir la expresión “determinar *el* sentido” por la expresión “determinar *un* sentido”, y que todo “objeto” de una interpretación forma parte de una existencia dotada de sentido o finalidad, podemos admitir también que en lo esencial *interpretar es traducir*.

Tratamos entonces como lenguaje, en un significado amplio, similar al que utiliza Turbayne (1970), a todo aquello que pueda considerarse dotado de sentido o finalidad, ya que el reconocimiento de un significado que se revela mediante la interpretación, lleva implícito que el fenómeno interpretado es categorizado como un “sistema de signos”.

El propósito de este desarrollo no consiste en defender a ultranza un uso tan abarcativo del término “interpretación”, sino el de mantener en la conciencia que ese significado amplio se halla implícito y comprometido, como connotación inconciente, cada vez que utilizamos el término para denotar una actividad concreta, por más específica que esta actividad sea. Resulta útil además cuando decidimos explorar sistemáticamente las vicisitudes del proceso durante el ejercicio de una actividad interpretativa singular.

La interpretación psicoanalítica

La actividad de psicoanalizar se realiza mediante una de las formas de la interpretación. El ejercicio de esta actividad implica una existencia

psíquica que podemos separar, desde un punto de vista conceptual y esquemático, en cuatro sujetos:

- 1) el que interpreta,
- 2) el que produce el material interpretado,
- 3) el que recibe la interpretación,
- 4) aquel a quien la interpretación va dirigida.

Suele ocurrir que varios de estos sujetos, o incluso todos ellos, coincidan 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 debido a su capacidad de impresionar a los órganos de nuestros sentidos y constituirse de este modo en “objeto” para nuestra conciencia.

Cae de su propio peso que no toda interpretación de un significado es una interpretación psicoanalítica. Sin embargo, en la medida en que toda interpretación se constituye como investidura de representaciones preconcientes, realiza, inevitablemente, una manera de hacer conciente lo inconciente. Aparentemente no es así. Cuando “interpretamos” una sombra en una placa radiográfica como la evidencia de un tumor en el esófago, o, en otro caso, el desplazamiento de una banda espectrográfica como indicación de que una determinada estrella se aleja de nosotros, no parece que hayamos realizado al mismo tiempo la investidura de una representación preconciente. Pero el conocimiento que de este modo hemos adquirido compromete inevitablemente una importancia, y es precisamente esta importancia lo que constituye su significación. Este significado, este sentido (que justifica que utilicemos habitualmente la palabra “interpretación” para el caso de la atribución de una causa a un determinado fenómeno), corresponde, en términos metapsicológicos, a la investidura de una representación preconciente. La relación existente entre significado y significancia (o importancia) equivale a la que existe entre investidura a pequeña y a plena cantidad.

Si sostenemos que toda interpretación implica un hacer conciente lo inconciente, ¿cómo podemos definir y categorizar la forma de interpretación que constituye lo que denominamos interpretación psicoanalítica?

Cuando nos acercamos con el método psicoanalítico al objeto de nuestra interpretación, habitualmente distinguimos entre lo que denominamos un contenido manifiesto y uno latente. El contenido latente se halla, además, reprimido, y esta represión se manifiesta, durante el ejercicio psicoanalítico, como una resistencia a la interpretación.

En “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974c), apoyándonos en el hecho indudable de que el llamado contenido manifiesto tam-

bién surge en la conciencia del psicoanalista como producto de un trabajo interpretativo, sostuvimos la tesis de que esta “primera” tarea merecía ser explorada sistemáticamente, y que esta exploración brindaba nuevos materiales al ejercicio psicoanalítico, además de los que tradicionalmente constituyen su objeto predominante.

Podríamos ahora sentirnos tentados de definir la interpretación psicoanalítica afirmando que es aquella que obtiene un significado que se hallaba latente y reprimido. Sin embargo, dos circunstancias atentan contra el propósito de que podamos trazar esta definición con límites tan netos.

La primera consiste en que no nos atrevemos a dejar afuera de lo que se considera interpretación psicoanalítica, a los contenidos inconcientes que, según postula Freud (1923*b**), aun siendo resistidos, no han sido reprimidos, por el hecho de que nunca anteriormente han logrado acceso a la conciencia.

La segunda reside en que muchas otras formas del conocimiento, a las cuales logramos acceso mediante una interpretación que no podemos considerar psicoanalítica (piénsese en la teoría de la relatividad, por ejemplo), alcanzan la conciencia venciendo una resistencia análoga, en su apariencia, si no en su motivo, a la que pretenderíamos usar para definir a la interpretación psicoanalítica.

Parece por lo tanto más atinado y prudente definir la hermenéutica particular que nos ocupa diciendo: interpretación psicoanalítica es aquella que revela un segundo sentido, a partir de la clave constituida por la teoría que denominamos psicoanálisis. Los pilares de dicha teoría tipifican la especificidad de nuestro ejercicio interpretativo. Toda futura ampliación de nuestra teoría revertirá entonces en la futura amplitud que nuestra definición abarque.

La interpretación “verdadera”, “objetiva” o “correcta”

En “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar” (Chiozza y colab., 1966*e*), y partiendo de lo que Freud (1900*a* [1899]*) sostiene cuando manifiesta 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, afirmábamos 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.

Continuábamos entonces diciendo: “Si estudiamos el proceso de la interpretación durante el tratamiento desde un punto de vista ‘objetivo’, aquello que llamamos contenido latente surge en la conciencia del analista

como un derivado *propio*, del cual se apropia el paciente cuando 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” (Chiozza y colab., 1966e).

La lingüística (Todorov, 1978) distingue, frente a todo enunciado verbal, entre un significado directo, emanado “literalmente” de la estructura semántica de la frase enunciada, y un significado indirecto, contextualmente formado, que puede ser inconciente, y que constituye el verdadero enunciado comunicativo.

Subrayemos, en este punto, tres circunstancias:

- 1) El psicoanálisis, en algunas ocasiones, conduce hacia el hallazgo de un segundo sentido, así como en otras procede iniciando su labor a partir de ese segundo sentido.
- 2) El psicoanálisis nos enfrenta con la existencia de múltiples sentidos, o, dicho de otro modo, el proceso de búsqueda es interminable. Para expresarlo en las propias palabras de Freud: “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).
- 3) Tal como afirma Todorov (1978), es necesario encontrar un criterio que permita distinguir entre una interpretación contextualmente acertada del sentido indirecto y una suspicacia interpretativa inacabable que puede llegar a adquirir las características de un “delirio” similar al de la actitud paranoica. En otras palabras, es necesario disponer de un criterio que sustente la “decisión de interpretar”. El criterio propuesto por Todorov consiste en que la motivación a interpretar debe nacer de alguna incongruencia entre el contexto y el término objeto de la interpretación. Es la impertinencia del término con respecto al contexto lo que justifica su interpretación. La interpretación debe detenerse en el momento en que el sentido obtenido satisface adecuadamente las exigencias de congruencia con el contexto percibido.

A partir de las circunstancias apuntadas, que nos llevan a comprender la diferencia entre “cierto” y “acierto”, se hace evidente, y la clínica así lo confirma, que, en algunas ocasiones, el logro de una interpretación adecua-

da, o acertada, puede llegar a ser muy difícil (Chiozza, 1998j [1978-1979], 1979i, 1980d [1979]).

La multiplicidad de símbolos para aludir a un sentido

La antigua y siempre mantenida controversia, en lingüística, entre naturalismo y convencionalismo –también, en cierto sentido, entre anomalía y analogía (Lyons, 1968)– puede condensarse, desde el punto de vista que aquí nos interesa, en dos posiciones diferentes con respecto al tipo de relación existente entre el símbolo y lo simbolizado. La primera posición considera que el símbolo fue alguna vez (o es actualmente) parte de un conjunto, más amplio, que ella, la parte, simboliza. La segunda, por el contrario, considera que el símbolo posee con lo simbolizado una relación convencional y arbitraria. Se trata, en esencia, de si existe, o no existe, alguna relación simbólica investigable mediante la cual el sentido (más allá de una razón de “uso” que lo deposite asociado con un signo en la memoria) se conserva en la “forma” o estructura configuracional del símbolo.

La palabra “naturalismo”, por las connotaciones que inevitablemente compromete, no constituye actualmente un rótulo adecuado para la primera posición. Pero, más allá de este rótulo, es evidente que la actitud que la sostiene resulta más coherente con el conjunto entero de la teoría y la experiencia psicoanalíticas.

La palabra es la herramienta fundamental del psicoanálisis, y sin embargo los psicoanalistas nos hemos mantenido lejos de esta polémica, aceptando demasiadas veces argumentos lingüísticos que olvidan que existe una represión de lo inconciente.

No es casual que se haya privilegiado la conservación del sentido en la tarea de traducir, relegando, a un muy distante segundo término, la conservación de la forma llamada “traducción literal”. De más está decir que este privilegio crea especiales problemas a la traducción de poesías, porque en ellas el sentido *redunda desde un sistema significativo que es exterior al que denominamos sintaxis* (Gombrich, 1966). Piénsese, por ejemplo, en la diferencia existente en el poema “El cuervo” de Poe, entre el “*never more*”, de la versión inglesa, en la cual el “*more*” se ha construido con una primera vocal que pertenece a las que Jakobson (1963, pág. 386) denomina “oscuras”, y el “nunca más” de la versión castellana, cuyo “más” contiene una vocal “clara” mucho menos lúgubre. Afortunadamente, Etcheverry, en su excelente versión castellana de la obra de Freud, revaloriza deliberadamente la llamada “traducción literal” (Etcheverry, 1978).

Si queremos traducir, por ejemplo, el sentido del castellano “sin embargo” al inglés, diremos “*however*”. Aparentemente, todo termina aquí. Pero si nuestra curiosidad alcanza para proseguir el análisis, tal vez pensemos que el inglés *however* se ha construido por la adición de las palabras *how* y *ever* que traduciríamos al castellano, respectivamente, con las palabras “como” y “siempre”; de lo cual se deduciría que *however* se puede traducir al castellano por el término compuesto “como-siempre”. ¿Esta segunda traducción es, como aparenta ser, un disparate? Si continuamos nuestra exploración recurriendo, por ejemplo, al idioma italiano, vemos que una de las maneras de traducir, por su sentido, “sin embargo”, es *comunque*, cuya traducción literal al castellano es, otra vez, “como siempre”. A esta altura de la exploración parece razonable formular la cuestión que nos intriga de este modo: ¿por qué los ingleses, y también, algunas veces, los italianos, para significar “sin embargo” dicen “como-siempre”?

Pero... ¿el sentido de este interrogante no es tan “absurdo” como el de aquel personaje de Mark Twain (1885) que preguntaba: por qué si un francés quiere decir *cow*, no lo dice, en lugar de decir *vache*?

Una pregunta como ésta, similar a la que haría un niño, sólo haría sonreír a un lingüista “convencionalista”. Constituye, en cambio, para su rival, adscripto al “naturalismo”, un interrogante serio. Un psicoanalista puede preguntarse, además, de dónde surge su efecto humorístico.

Si reunimos el conjunto de expresiones castellanas, inglesas e italianas que corresponden al sentido del español “sin embargo”, obtenemos, aproximadamente, la siguiente lista. En castellano: “sin embargo”, “a pesar de”, “no obstante”, “pero”, “de cualquier manera”, “de todos modos”. En inglés: *however*, *whatsoever*, *nevertheless*, *anyhow*. En italiano: *comunque*, *ciò nonostante*, *tuttavia*, *ma*, *però*.

No podemos examinar aquí prolijamente el significado de cada término, pero basta la contemplación panorámica para atreverse a esbozar una hipótesis sobre la cual deseamos extraer algunas conclusiones útiles para nuestra labor psicoanalítica.

La hipótesis es la siguiente: cada término forma parte de una o varias frases más extensas que “describen” su sentido, cuyo conjunto incluye a todos esos términos, y cuya estructura pertenece probablemente a los universales del lenguaje que Chomsky (1975) postula. De este conjunto inconsciente, el hablante de cada lengua distinta elige un diferente trozo, para representar el todo, guiado por preferencias que dependen de los caracteres típicos de cada “nacionalidad” y motivado por las redundancias extrasistemáticas diversas que cada expresión idiomática comporta.

Así, la representación de “un mismo” significado mediante términos distintos, en idiomas distintos, se complica con la inclusión inevitable y adyacente de significados distintos para los distintos idiomas, vehiculizados por los distintos términos.

Estamos sosteniendo la tesis de que, bajo la aparente multiplicidad de sentido del símbolo (que derivaría de la pretendida arbitrariedad de su elección), se esconde la particular y específica relación inconciente que cada uno de ellos mantiene con sus propios referentes. Relación influida y modificada por su combinatoria con otros símbolos que constituyen el contexto. Esos referentes, simbolizados por distintos símbolos, pueden ser similares entre sí pero nunca idénticos, porque no solamente están constituidos por un sentido que los asemeja entre sí, sino por otro que los distingue. A este último se alude siempre mediante una redundancia extrasistemática distinta, inherente a cada uno de los diferentes símbolos que cada idioma utiliza.

Veamos lo que ocurre con un referente aparentemente sencillo a partir de la hipótesis que acabo de exponer. Se trata de un pequeño bastoncillo de cera, o de madera, con una cabeza de fósforo, que en España se denomina *cerilla* y en Argentina *fósforo*. Cuando se lo frota contra una superficie áspera se enciende, en la contienda, produciendo una llama que ilumina. En alemán se lo designa “madera para frotar” (*Streichholz*); en inglés, “contienda” (*match*); en italiano, “que produce llama” (*fiammifero*), y en francés, “iluminador” (*allumette*).

Ordenemos ahora la hipótesis en sucesivos enunciados.

- 1) El hablante de cada lengua distinta elige un trozo diferente del referente para representarlo en su totalidad.
- 2) La traducción es posible porque se admite que todos los símbolos considerados, de los distintos idiomas, aluden a “un mismo” conjunto más amplio que constituye el referente.
- 3) Los símbolos de los distintos idiomas tienen un significado “literal” distinto para cada uno de ellos, al cual aluden en primera instancia e inconcientemente. Significado inconciente constituido *solamente por un “trozo”* del referente al cual se alude en la segunda instancia, conciente.
- 4) El hablante de cada idioma distinto elige un diferente símbolo guiado por características típicas que forman una parte de lo que se denomina su nacionalidad.
- 5) El hablante de cada idioma prefiere el símbolo que elige motivado por las redundancias extrasistemáticas que ese símbolo contiene y que connotan significados inconcientes diversos para cada idioma. Este aspecto se pierde inevitablemente en toda traducción de sentido, y desde este punto de vista el

referente al cual los diferentes símbolos aluden ya no es el mismo. Teniendo en cuenta que *Holz* en alemán es “madera”, un *Streichholz* no es una “cerilla”.

En resumen, podemos decir, de un modo aproximado, que cada idioma concibe un referente pretendidamente único desde una óptica inconciente distinta, contenida en su elección de un término particular para denotarlo.

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los referentes son mucho más complejos que un fósforo, no ha de extrañarnos que se afirme que la palabra es un equívoco predestinado y que todo traductor es un traidor. Pero si tenemos en cuenta además que aquellos referentes que más importa simbolizar son precisamente importantes en el sentido de que movilizan la mayor investidura, comenzamos a comprender mejor por qué “bárbaro”, en su origen, es aquel cuya lengua no se entiende, y el sentido trágico de discordia que comporta, como símbolo, la Torre de Babel.

La función del malentendido

La metapsicología, con su tópica, su dinámica y su economía, nos presenta un modelo teórico que deriva de la física y que connota, en primera instancia, ese significado “físico”, para términos que, como “represión” y “transferencia”, predominan ampliamente en la traducción castellana de la obra de Freud. Ocasionalmente encontramos otros, como “censura”, reservado para el equivalente de la represión en el fenómeno onírico, y “reedición”, usado sin un significado riguroso, y además muy pocas veces, en lugar de “transferencia”. Tanto “censura” como “reedición” ofrecen la particularidad de que no pueden denotar acciones físicas, sino únicamente actividades realizadas por personas.

Así ocurre con el término “investidura” que Etcheverry utiliza en su reciente versión castellana, sustituyendo, creo que ventajosamente, los términos “carga”, de la traducción de López Ballesteros, y “catexis”, propuesto por Strachey.

Decíamos en otro lugar (Chiozza, 1998j [1978-1979], 1979i, 1980d [1979]) que, junto al modelo físico implícito en su metapsicología, encontrábamos en la obra de Freud indicios de una incipiente “metahistoria” cuyo modelo hubiera podido ser trazado a partir de una característica que el mismo Freud descubre en sus historiales clínicos, cuando expresa que, casi a su pesar, han adquirido la forma de la literatura.

En el apéndice escrito por Strachey (1962a) para “Las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1894a*) se sostiene la equivalencia entre las expresiones “intensidad psíquica”, “suma de excitación”, “factor cuantitativo” y “monto de afecto”. Se concluye afirmando sin embargo que, probablemente, para Freud el monto de afecto era una *manifestación particular* de la suma de excitación.

No deja de ser significativo que en un artículo que Freud escribe directamente en francés (Freud, 1893c*) utilizara como sinónimo explícito de *Affektbetrag*, traducido por “monto de afecto”, la expresión “valor afectivo”, cuyas connotaciones abandonan el terreno económico para ingresar en un campo axiológico, lo cual compromete la idea de “significación”.

En el capítulo “Tópica y dinámica de la represión” de “Lo inconciente”, por ejemplo, Freud (1915e*) afirma que la represión consiste en una sustracción de investidura y en una contrainvestidura. ¿Qué ocurrirá con nuestra idea de la represión si devolvemos a la palabra “investidura” su significado pleno?

Investidura es aquello que se otorga en la acción de invertir, y ésta consiste en conferir a una persona una dignidad, condecoración o cargo. Acción cuyo sentido se comprende mejor si tenemos en cuenta que la palabra se refiere por su origen al acto concreto de colocar un vestido que simboliza una nueva personalidad. Nada más lejos, por su connotación, al acto físico de “carga” mediante una determinada cantidad. Pero aun sin recurrir a este tipo de análisis, nos bastaría con volver a la idea de *valor* afectivo para tener cierto derecho a sostener que adquirir una investidura es adquirir una significación, mediante una determinada cualidad.

La represión consistiría entonces en *una sustracción del sentido* y en *un contrasentido*. Es más, de acuerdo con lo que Freud afirma con respecto a las investiduras, el sentido sustraído a una determinada idea puede ser utilizado para “colocar” sobre otra un contrasentido, y también para crear una “barrera” de contrasentidos (Freud, 1915c*, 1950a [1895]*).

Acuden ahora a nuestra memoria palabras que Freud escribe en *Tótem y tabú*: “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). Merleau-Ponty se refiere al mismo tema cuando expresa: “...hay algo de horrible, de repulsivo, de irreconciliable en estas cosas que simplemente son y no *quieren decir nada*” (Merleau-Ponty, 1948, pág. 124).

En *La interpretación de los sueños*, Freud señala: “...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).

Si volvemos ahora a pensar en aquellas ocasiones en las cuales la tarea interpretativa del sentido indirecto “adecuado” se hace difícil, y tenemos en cuenta que la Torre de Babel no sólo es un símbolo que alude a las distintas lenguas, sino ante todo a ese retículo inabarcable de la vida inconciente, frente al cual cada ser humano tiene su “idioma” propio y su propio motivo de discordia, podemos divisar, desde un nuevo ángulo, cómo actúan la represión y la resistencia, mediante una “barrera” de contrasentidos.

Intentemos resumirlo en unos pocos puntos.

- 1) Existe en el paciente (y en el psicoanalista) una búsqueda de la interpretación, nacida del dolor que provoca la presencia de un contrasentido inconciente. Este contrasentido, que se manifiesta en un “síntoma”, puede llegar a veces hasta el extremo de manifestarse en la conciencia como “pérdida” del sentido que posee la vida o, más frecuentemente, como un hecho aislado y absurdo al cual se agrega una interpretación resistencial.
- 2) El analista encontraría siempre la interpretación acertada, si no fuera porque la búsqueda que, junto con el paciente, realiza de la interpretación, queda compensada por el contrasentido que llamamos represión y que se manifiesta, en el trabajo psicoanalítico, como resistencia y contrarresistencia (Racker, 1960).
- 3) El analista encuentra la interpretación acertada cuando logra integrar los sentidos contradictorios del paciente en un *nuevo* sentido que trasciende el conflicto anterior, *ampliando la significación*.
- 4) Cuando el analista no encuentra la interpretación acertada, pero es capaz sin embargo de ofrecer un significado más congruente con el contexto, significado que podría conducir paulatinamente a la tarea en la dirección adecuada, el paciente recurre al retículo referencial inconciente que la Torre de Babel simboliza y produce un *malentendido*. Entre las posibilidades que brinda la Torre de Babel, existe aquella que Bion (1962) denomina “revertir la perspectiva”.

El malentendido es la forma metahistórica y cualitativa de aquello que, desde un modelo físico, llamamos, por su “fuerza” y cantidad, resistencia.

En él participan también, de manera inconciente, las contrarresistencias del psicoanalista. El malentendido implícito en la transferencia señala, desde otro ángulo, su facultad de devenir resistencia. Aunque se oponga a “los designios de la cura”, su función no puede ser considerada, de un modo unilateral, únicamente negativa.

Podemos distinguir en el paciente, muy esquemáticamente, tres formas principales del malentendido. Tengamos en cuenta previamente que denominamos, en un sentido amplio, “síntoma” al fenómeno que conduce al paciente hacia la búsqueda de la interpretación del analista, fenómeno frente al cual el paciente siempre posee una interpretación propia, que le resulta insuficiente.

1) En la primera forma de malentendido, la interpretación del analista es interpretada por el paciente en *el mismo sentido* en que el paciente interpreta el síntoma, y no se produce modificación alguna. Corresponde fundamentalmente a una sustracción del sentido que poseía la interpretación del analista. Es un erróneo “ya lo sé”.

2) En la segunda forma, la interpretación del analista es interpretada por el paciente, de un modo equivocado, como *un contrasentido* a la interpretación que él realiza del síntoma. Este contrasentido no trasciende el esquema de su conflicto, ya que, por el contrario, se halla latente en él, y *no le parece aceptable*. Aquí el malentendido es también, desde otro ángulo, un contrasentido al sentido de la interpretación del analista, y tampoco se produce modificación alguna. Es un erróneo “no es así”.

3) En la tercera, el paciente abandona el sentido que atribuye al síntoma para aceptar un contrasentido que es el *que él atribuye* equivocadamente a la interpretación del analista. El malentendido conduce aquí hacia una modificación distinta de la que el analista esperaba. Esta modificación puede ser beneficiosa, incluso mejor que la que el analista hubiera obtenido de no existir el malentendido, o puede ser perjudicial, hasta llegar a coincidir, en algunos casos, con lo que se denomina una “reacción terapéutica negativa”. Es un erróneo “ah, bueno”.

Las tres formas del malentendido descritas en las vicisitudes del trabajo psicoanalítico, presentes en otras maneras de la comunicación y el trato, operan también habitualmente, para bien y para mal, en el intercambio científico entre colegas, dado que la ciencia también posee su propia Torre de Babel, y en ella también se sufre el riesgo de una reacción “terapéutica” negativa.

La paradoja y la falacia frente a la ampliación del sentido

El “yo” es un conjunto coherente de pre-juicios (Freud, 1950a [1895]*) que, desde un punto de vista metahistórico, son temáticas o significados recurrentes. Podemos encontrar en este conjunto algunos núcleos de cristalización que, iluminados desde un ángulo particular, se manifiestan como malentendidos o, desde otro ángulo, como paradojas y falacias.

Las relaciones existentes entre el malentendido y la falacia (implícita en la paradoja) son equivalentes a las que existen entre un trastorno en la interpretación del sentido y un trastorno del juicio. El lenguaje habitual aproxima estos dos significados mediante las expresiones “sentido común” y “buen juicio”.

Una paradoja típica, que Bateson (1972) denomina “doble vínculo”, se realiza, por ejemplo, cuando el paciente “oye” de este modo la interpretación del analista: “Usted no debe hacer lo que yo digo”, y se propone “obedecer”. Configura un caso particular de la conocida contradicción planteada por la sentencia: “Lo que esta frase afirma es falso”, engendrando un pensamiento circular aparentemente insoluble.

Desde este ángulo particular, psicoanalizar es resolver paradojas semejantes, aunque no tan evidentes, trascendiéndolas mediante el acceso a su correspondiente metanivel de tipificación lógica, o disipar los malentendidos, enriqueciendo la complejidad del campo comunicativo y su contenido de información. Esto coincide de manera suficiente con aquello que, en otro orden de ideas, llamamos crecimiento y evolución, no tanto en el sentido del desarrollo, sino en el de emergencia cualitativa ligada a la reestructuración de un sistema (Lorenz, 1973).

Hemos sostenido que la interpretación acertada importa una ampliación del sentido, afirmación que conviene ejemplificar ahora a partir del desarrollo que realizamos, hace algunos años (Chiozza, 1977b), sobre un aspecto particular del complejo de Edipo.

Entre los núcleos de cristalización que conforman el Edipo, hay uno que podemos denominar el falso privilegio del padre, cuya importancia fundamental reside en que lleva implícito un modelo de pensamiento que se ejerce cotidianamente de manera inconciente, empobreciendo nuestro juicio de realidad en las diferentes formas de la convivencia humana.

Freud afirma que junto al mandato “así como el padre debes ser”, existe el mandato opuesto: “así como el padre no debes ser. No debes hacer todo lo que él hace pues hay algo que le está exclusivamente reservado” (Freud, 1923b, pág. 19). Lo prohibido en esta formulación (el coito con la madre del sujeto) incluye aparentemente la prohibición de la identificación

completa con el padre, bajo la fórmula “así como el padre no debes ser”. Se configura de este modo lo que Freud denomina una doble faz del ideal del yo que, en lo que respecta a la identificación, adquiere el significado paradójico de dos mandatos opuestos y contradictorios: debes ser como tu padre y no debes ser como tu padre.

Si profundizamos en la formulación de Freud, advertimos, sin embargo, que en realidad no se prohíbe al hijo algo que el padre pueda, en cambio, realizar. Es evidente que la misma prohibición puede expresarse también de otra manera: “Así como el padre debes ser. Debes hacer todo lo que él hace y no hacer lo que él no hace. No debes realizar el coito con tu madre así como él no lo realiza con la suya”. También aquí lo prohibido es el incesto. También queda excluido el hijo y no su padre del coito con la madre del sujeto. Pero en esta segunda formulación, la prohibición no comprende la identificación completa con el padre. Por el contrario, en este caso precisamente la identificación completa con el padre refuerza la prohibición del coito incestuoso.

La formulación de Freud, incompleta desde el punto de vista teórico, describe sin embargo una realidad que se observa en la clínica. El niño, y por lo tanto también el neurótico y, en otras palabras, el ser primitivo que habita en cada uno de nosotros, interpreta que el padre puede realizar el acto que a él se le prohíbe en la medida en que experimenta el permiso y la prohibición frente a una mujer que, desde el punto de vista de su presencia material, aparece como la misma para el padre y el hijo. La capacidad para distinguir en esa mujer dos personas distintas, dos objetos (la madre y la esposa) que derivan del ejercicio de funciones diferentes en el triángulo edípico, es una adquisición que depende de la posibilidad de construir una estructura eidética entretejiendo los datos de la percepción sensorial actual con el recuerdo, para estructurar la imagen de una persona como producto de un vínculo.

Al ser esta capacidad una adquisición compleja y tardía, resulta especialmente vulnerable a los ataques que, al servicio de las fantasías optativas, condicionan la regresión del pensamiento.

Pasamos entonces a los motivos y a la implicancia de la construcción de esta falacia. Según lo que llevamos dicho hasta aquí, la confusión señalada entre las distintas personas designadas como madre y esposa, que se manifiestan en la presencia material de una misma mujer (confusión presente en el hijo cuando interpreta que el padre puede realizar lo que a él le está prohibido), debe su génesis a la persistencia de un pensamiento primitivo, que opera al servicio de una fantasía optativa.

El carácter irracional de esta forma arcaica del pensamiento permanece encubierto por la evidencia directa de los sentidos que confunde dos objetos, dos personas, en una misma presencia material. La percepción sensorial co-

labora de este modo en la construcción de una apariencia, sometida al deseo inconciente de inhabilitar, mediante la razón, una prohibición odiada.

Las consecuencias que se derivan de este ejercicio particular del pensamiento son de enorme importancia, tanto en la constitución de una opinión pública inconciente (que configura una vigencia social operante) como en la ejecución de un tratamiento.

Si tenemos en cuenta que el padre aparece como el poseedor de un privilegio que no tiene, cuando en realidad es el hijo el que intenta o pretende gozar de ese privilegio, podemos sospechar que esta particular concepción de una injusticia (que se demuestra falsa) en el triángulo edípico, además de configurar el modelo mental primitivo de un sentimiento de injusticia malentendido, frente a algunas características del mundo social que sólo en apariencia son injustas, genera desde uno u otro rol (a través de múltiples mecanismos) la realización de efectivas injusticias encubiertas que adquieren plena vigencia.

En lo que respecta a la constitución de la familia, a partir de este sentimiento de injusticia se incrementa la rivalidad edípica, entre cuyas vicisitudes se cuenta un incremento retroactivo de la ansiedad de castración, con un refuerzo de la fijación fálica.

Mencionemos también por su importancia que la envidia en el hijo por el goce del padre, valorado erróneamente como si se tratara de la consumación material del incesto, constituye un modelo mental general de los sentimientos envidiosos. La envidia se caracteriza por la proyección sobre la situación envidiada de otra situación ideal configurada por el goce que el sujeto que experimenta envidia es capaz de imaginar, goce que no suele coincidir con aquel otro que el sujeto envidiado alcanza.

Por último, señalemos lo que la observación clínica nos muestra. El análisis, en el campo de la transferencia, de los motivos que sostienen esta persistencia del pensamiento primitivo, conduce al paciente hacia la etapa genital secundaria, atempera la rivalidad y la envidia frente al analista, y la transferencia adquiere un matiz nuevo y diferente que podemos denominar “fraterno”, ya que desde este punto de vista el padre y el hijo comparten hermanados en el tiempo una misma prohibición, impuesta por una evolución que adquiere el nombre de cultura.

En síntesis

Luego de intentar responder a los interrogantes ¿qué significa interpretar? y ¿cómo puede definirse una interpretación psicoanalítica?, se comienza por discutir, a partir de un esquema metapsicológico y de la teoría

de la transferencia-contratransferencia, la pertinencia del concepto “interpretación cierta” en la valoración de la interpretación psicoanalítica, y se propone sustituirlo por el concepto “interpretación acertada”.

Se trata luego la cuestión planteada por la existencia de múltiples símbolos para aludir a un mismo sentido o referente. Se sostiene que cada símbolo distinto connota distintas redundancias extrasistemáticas que diferencian, de un modo generalmente inconciente, al referente pretendidamente único, denotado por los distintos símbolos.

Se comprende de este modo que la Torre de Babel, más allá del malentendido superficial creado por el uso de símbolos distintos, convencionales y arbitrarios, que remiten a un mismo referente, simboliza la trágica discordia que se encuentra en la raíz de todo malentendido, creada por la discrepancia existente en lo profundo entre los significados mismos.

Se describen luego tres formas principales de malentendido durante la labor psicoanalítica, sosteniendo que configuran una vertiente metahistórica de la resistencia y contrarresistencia, y que, más allá de un campo restringido al psicoanálisis, operan en otras maneras de la comunicación y el trato.

Se plantea luego que las relaciones existentes entre el malentendido y la falacia (implícita en la paradoja) son equivalentes a las que existen entre un trastorno en la interpretación del sentido y un trastorno del juicio. Ambos funcionan como un contrasentido frente a la interpretación psicoanalítica, la cual, cuando es acertada, los trasciende mediante una amplificación del sentido. Esta situación se ejemplifica, por fin, a través del estudio del falso privilegio del padre en el complejo de Edipo.

**LA METAHISTORIA Y EL LENGUAJE
DE LA VIDA EN EL PSICOANÁLISIS
Y LA PSICOSOMÁTICA**

(1998 [1986])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1998/ [1986]) “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicósomática”.

Primera edición en castellano

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 279-294.

El contenido de este artículo pertenece a un trabajo presentado en el grupo psicoanalítico de Perugia (Italia) y en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicósomática, en marzo de 1986.

Una versión reducida del apartado titulado “El estudio patobiográfico”, junto con la “Síntesis teórica” final, forma parte del capítulo III de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b). Asimismo, se incluyó como anexo en las ediciones de “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica” (Chiozza, 1995K) anteriores a esta OC. En esta edición incluimos la versión ampliada del apartado, que sirvió de anexo a la edición de 1995 de “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”.

La verdad nunca puede ser dicha de modo que sea entendida y no sea creída.

WILLIAM BLAKE (1793)

El modelo histórico-lingüístico

Suele pensarse que la característica que define a un matemático es el saber operar con los símbolos matemáticos. Saber, por ejemplo, calcular, resolver ecuaciones, o aplicar fórmulas que permiten encontrar la magnitud de un determinado factor. Sin embargo, la cualidad que caracteriza al matemático es otra. El matemático sabe que los operadores matemáticos son símbolos que aluden a una determinada realidad, y tiene conciencia de la realidad que representa cada uno de los operadores que utiliza.

Suele pensarse, también, que un psicoanalista sabe psicoanálisis porque es capaz de relacionar conceptos tales como el de triángulo edípico, represión secundaria, mecanismo de aislamiento o contratransferencia. Sorprende que un equívoco semejante, similar al que ocurre con las matemáticas, sea tan ubicuo. Actualmente es común que, en muchos de los ámbitos en donde los psicoanalistas discutimos nuestros trabajos científicos, no se perciba la diferencia existente entre quien puede operar con los conceptos, porque conoce la metapsicología psicoanalítica, y el psicoanalista que, por haber vencido una parte de su propia represión, sabe auténticamente lo que esos conceptos representan en el lenguaje de la vida.

Entre quienes estudian la obra de Freud, hay algunos que llegan a ser, independientemente del grado alcanzado en su formación psicoanalítica, verdaderos eruditos. Suelen ser personas muy capaces de opinar “con fundamento”, aportar datos valiosos y, a veces, hasta esclarecer algunos puntos de la teoría. Es precisamente por esta capacidad que, frecuentemente, pasa desapercibido el hecho de que suelen ignorar, porque jamás han llegado a sentirla, gran parte de la realidad emocional a la cual los conceptos metapsicológicos refieren.

Esta es una de las razones por las cuales, injustamente, tantas veces la teoría ha caído en descrédito entre los psicoanalistas que se manifiestan “partidarios de la clínica”. Es también una de las razones por las cuales muchas veces el psicoanálisis mismo, como psicoterapia, cae en desprestigio. Esto último suele ocurrir frente al escaso resultado obtenido por algunos tratamientos basados en interpretaciones que, aunque pueden ser verdaderas, desconocen la oportunidad para “levantar” la represión y se agotan circularmente en el terreno del intelecto.

En la teoría psicoanalítica encontramos conceptos que Freud no llegó a sistematizar y que apuntan en una dirección distinta de la metapsicológica. La estructura conceptual de la metapsicología, que se constituye con una tónica, una dinámica y una economía, deriva de la física. El otro grupo de conceptos, en cambio, huye de las características de las ciencias naturales, para construirse de acuerdo con el modelo de las ciencias que toman por objeto al espíritu o a la cultura. Es un modelo “histórico-lingüístico” que representa la realidad en términos de relaciones entre personas, en lugar de representarla como suma algebraica de fuerzas o como la resultante geométrica de una conjunción de vectores. Así, por ejemplo, los conceptos psicoanalíticos de catexis, pulsión, represión y transferencia, propios del primer modelo, corresponden, aproximadamente, en el segundo, a los términos “inversión”, “deseo”, “censura” y “reediación”. De más está decir que el lenguaje del segundo modelo se halla más cerca de la vida tal como la experimentamos, cada uno de nosotros, cuando pensamos en la propia. Es decir que se halla más cerca del referente “último” al cual alude toda teoría psicoanalítica.

Si entendemos que metapsicología es un campo de conocimiento que se halla “más allá” de la psicología, en el sentido de que sus afirmaciones se refieren a la psicología pero no son psicología, podemos llamar “metahistoria” a ese segundo campo conceptual que se halla más allá de la historia, que se refiere a las historias, pero que no es, en sí mismo, una historia.

Desde un punto de vista metahistórico, lo psíquico no debe ser concebido como una misteriosa e inasible emanación de la materia, sino como la cualidad concreta de significación que constituye una historia. La historia, desde ese punto de vista, es algo mucho más rico que el registro “objetivo” de una secuencia temporal. Una sucesión de hechos de significación diversa, aunque crono-lógicamente ordenados, no constituye una historia. Una historia es siempre un entretejido de temas, o “argumentos”, que, como es el caso de la traición, el heroísmo o la venganza, aunque son muchos, son típicos. Existen más allá del tiempo mensurable, son “atemporales” o, si se quiere, sempiternos. De modo que se re-presentan una y otra vez, en el

escenario de la vida, como el “transcurrir” de algunas escenas que reclaman nuestra atención, escenas que forman parte de un drama que puede ser re-conocido precisamente por ser característico, es decir, universal.

Los símbolos metapsicológicos, como ocurre con los símbolos matemáticos, nos ofrecen la ventaja de ser esquemáticos y breves, precisos y más fáciles de operar, pero pueden embarcarnos en discusiones que, por estar desprovistas de la autenticidad de la “carne”, son aburridas y estériles. Este tipo de símbolos tiende a hacernos perder conciencia de la significancia de los sentimientos a los cuales aluden. Los símbolos metahistóricos, en cambio, nos ofrecen la ventaja de nacer verbalizados en el lenguaje de la vida, el mismo lenguaje en el que toda interpretación psicoanalítica debería ser hecha. Pero las permutaciones simbólicas implícitas en la operación de estos conceptos son mucho más “lentas”, y es por este motivo que, habitualmente, se cree que no constituyen teoría ni ciencia. Sin embargo, más allá de la magnitud de su inteligencia, o de su erudición dentro del psicoanálisis, sólo es psicoanalista quien es capaz de sentir vivencialmente la significancia de los símbolos que opera.

El lenguaje del cambio

Los antiguos distinguían tres formas del saber. Aquello que se sabe por lo que “se dice” (*scire*), aquello que se sabe porque se lo ha saboreado alguna vez (*sapere*) y aquello que se sabe porque se lo ha probado muchas veces, se lo ha experimentado (*experior*). Corresponden a la diferencia que existe entre entender, comprender y creer. Suelen quedar simbolizadas por el cerebro que alude al intelecto, el corazón que alude al sentimiento y el hígado que alude a una capacidad práctica que se manifiesta en la voluntad y determina la cualidad que denominamos experiencia.

Entender de un modo intelectual puede llevar a sentir auténticamente lo que se ha entendido, y el comprender de esta manera puede conducirnos a creer con ese convencimiento que nos lleva a disponer la vida entera de acuerdo con aquello que hemos comprendido. Pero este camino, que nos conduce a un cambio, es accidentado y difícil. Uno se convence sólo con una realidad que lo ha “vencido”. Cuando entender una significación implica comprender una significancia que compromete la vida en una nueva creencia, estamos en presencia de un cambio. De modo que el enfermo que no cambia es el que no ha logrado comprender hasta el punto de creer. La historia de la psicoterapia es la historia de la interminable búsqueda del lenguaje del cambio.

Freud, refiriéndose al hecho de que, durante el tratamiento psicoanalítico, todo conflicto debe ser finalmente “batallado” en el terreno de la transferencia, decía que “nadie puede ser vencido *in absentia* o *in effigie*” (Freud, 1912b, pág. 418). Bion señalaba que hay un punto del camino en el cual el psicoanalista que se equivoca enseña a su paciente psicoanálisis, en lugar de proporcionarle una experiencia emocional cuyos efectos éste jamás podrá borrar²². La conclusión es clara: el contexto de autenticidad necesario para que el compromiso afectivo establezca ese cambio irreversible que llamamos “mutativo”, se obtiene gracias al fenómeno denominado transferencia. Es por este motivo que la interpretación de la transferencia constituye, a un mismo tiempo, el timón y el radar del procedimiento que denominamos “psicoanalizar”.

El paciente y su psicoanalista se interrelacionan en un proceso de transferencias recíprocas. Cuando queremos subrayar que la transferencia del psicoanalista es una respuesta a la transferencia del paciente, usamos, para designarla, la palabra “contratransferencia”. Cuando, refiriéndonos a un determinado material clínico, preguntamos cuál es la transferencia, o la contratransferencia, suele responderse enunciando lo que el paciente, o el analista, han sentido, uno frente al otro, en el “allí y entonces” de la sesión psicoanalítica. No es esta, sin embargo, la respuesta justa. Para responder esa pregunta necesitamos comprender los sentimientos, de uno y otro, en función de un modelo de relación que surge de la historia infantil de cada uno de ellos. Ese modelo o “mapa del mundo”, generado en la infancia, que cada uno lleva en la mano cuando recorre el territorio de su vida, es el que condiciona que se repitan en ella, constantemente, las mismas temáticas.

Si una persona recurre al psicoanálisis, es porque siente que en su vida hay algo que funciona mal. Contrariamente a lo que suele creerse, el psicoanalista no piensa que los problemas que el paciente sufre son imaginarios, sostiene que son problemas reales, pero se dedica a “cuestionar” el “mapa” con el cual el paciente enfrenta la realidad que lo rodea. De más está decir que “cuestionar el mapa” del paciente no significa proponerle otro que el analista “tiene”, significa acompañarlo en el proceso de su reconstrucción.

El psicoanálisis debe poner en crisis los “mapas”, concientes e inconcientes, que el paciente ha logrado. La mayoría de las veces esto lleva implícito, también, poner en crisis el “estilo” con el cual los ha trazado. Dijimos ya que sin un compromiso afectivo suficiente es imposible obtener ese efecto, y que la existencia constante de la transferencia asegura un punto

²² Supervisión clínica colectiva en la Asociación Psicoanalítica Argentina en ocasión de su primera visita a Buenos Aires.

de apoyo a la palanca que produce el cambio. ¿Podemos entonces sostener que para psicoanalizar es imprescindible interpretar la transferencia?

Para contestar a esa pregunta debemos tener en cuenta tres definiciones.

- 1) Con la palabra “psicoanalizar” nos referimos a un proceso por el cual, venciendo una resistencia, y “llenando las lagunas mnémicas”, hacemos consciente algo inconsciente que estaba reprimido. Pero también la usamos para designar al procedimiento que se realiza en una sesión psicoanalítica de cincuenta minutos, que se repite no menos de cuatro veces por semana, cumpliendo con las reglas de lo que se denomina “encuadre”.
- 2) Usamos, en psicoanálisis, la palabra “interpretación”, para referirnos a comprender el significado inconsciente del “material” comunicativo que una persona produce. Pero también la usamos, en un sentido más restringido, para designar a la comunicación verbal y explícita, realizada al paciente durante una sesión psicoanalítica, del significado inconsciente que hemos comprendido.
- 3) Con la palabra “transferencia” nos referimos a un fenómeno general, que ocurre en toda relación humana. Pero también la usamos para limitarnos a designar lo que ocurre en la sesión psicoanalítica como producto del tratamiento mismo.

Si nos referimos al psicoanalizar en su sentido más restringido de procedimiento “ortodoxo”, debemos sostener que interpretar la transferencia que se desarrolla durante el tratamiento, es imprescindible. Si nos referimos, en cambio, al psicoanalizar, en el sentido amplio de hacer consciente lo inconsciente, sigue siendo imprescindible interpretar la transferencia, pero, en este caso, debemos entender por transferencia al fenómeno general que ocurre en toda relación humana. En ambos casos usamos la palabra “interpretación” en su sentido amplio de comprender un significado inconsciente, en lugar de aludir con ella al proceso de comunicar explícitamente lo que hemos comprendido. La comunicación explícita de la interpretación no siempre es conveniente y, menos aún, imprescindible (Chiozza, 1974*c*, 1979*i*).

El tratamiento psicoanalítico

Contrariamente a lo que suele pensarse, el “material clínico” no es el punto de partida “objetivo” de la interpretación psicoanalítica, sino que se constituye mediante un proceso interpretativo cuyos “pasos” sucesivos estudiamos en “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974*c*). Inten-

taremos describir ahora, con la brevedad y la inexactitud de un esquema, el *procedimiento* “efectivo” necesario para interpretar la transferencia a partir del momento en que se ha “constituido” el material a interpretar²³.

- 1) Debemos *identificar la temática* conciente que el paciente relata con sus palabras, o “relata” con las palabras que somos capaces de “adjudicar” a su silencio o a sus actos. Una temática es un “argumento”, un drama o suceso que ocurre entre personajes y que reconocemos como típico. Es decir un drama “universal”, un drama que, en distintos tiempos y ocasiones, distintas personas repiten siempre de la misma manera.
- 2) Una vez identificado el “argumento” o el drama del relato, debemos *identificar sus personajes típicos*, sean explícitos o implícitos, y, si es posible, reducirlos a los dos principales.
- 3) Debemos establecer, recurriendo a lo que sentimos, en *cuál de los personajes* de la temática que encontramos, el paciente *representa a nuestra persona* “funcionando” en el acto de convivencia que se realiza durante la sesión psicoanalítica que está transcurriendo. Debemos establecer una identificación semejante entre el paciente y otro de los personajes de la misma temática. Debemos tener en cuenta que, tanto esta identificación como la anterior, correspondiente a la persona del psicoanalista, son momentáneas y se permutan fácilmente, pero esto no debe implicar que, durante el tiempo en que permanecen, nos resistamos a sentirlas como genuinas y auténticas.
- 4) Ya que sabemos que toda relación actual contiene la transferencia de una situación pasada, debemos *identificar el modelo contenido en la temática actual*, de un modo que nos permita ubicarlo en la infancia de ese paciente, y, secundariamente, en su conducta habitual, y en su neurosis de transferencia. Recién en este punto, para nosotros mismos, y todavía “en silencio”, hemos interpretado la transferencia presente.
- 5) Debemos realizar una labor semejante y recíproca para *interpretar “en silencio” nuestra contratransferencia*. Este punto puede preceder al anterior o realizarse simultáneamente con él, y, en ambos casos, ayudarnos a descubrirlo. Pero aquí no sólo debemos tener en cuenta que el personaje que contratransferimos responde al que nos transfiere el paciente, sino también establecer, siempre, cómo se relaciona con nuestra infancia. Esto

²³ Un literato de la estatura de Shakespeare podría tal vez realizar una psicoterapia omitiendo todos los puntos que separan este primero del último, puntos que caracterizan una labor psicoanalítica planeada para poder sustituir, y, en parte, desarrollar, una capacidad similar a la que posee, naturalmente, el literato.

último nos permite comprobar que todo psicoanálisis de un vínculo se realiza, siempre, con una *coincidencia de los puntos de urgencia* propios del paciente y de su psicoanalista.

6) Sabemos ahora, todavía “en silencio”, cuál es el drama, quién representa en ese drama al paciente, quién me representa y qué es lo que sentimos el uno frente al otro. Sabemos también que lo que ambos sentimos es una proyección del pasado, cuya atribución al presente puede ser, o no ser, injusta, porque esa misma proyección puede haber condicionado que aquel pasado se repita ahora real y efectivamente (neurosis de transferencia y de contratransferencia).

Debemos, en este punto, como psicoanalistas, y a partir de lo que ahora sabemos, hacer un bucle hacia atrás y volver sobre la primitiva temática, para realizar, *ya que hemos hecho conciente lo que ambos transferimos*, tres tareas: a) comprobar si seguimos pensando que el drama es el mismo, o si, por el contrario, pensamos ahora que es otra la temática clave; b) comprobar si seguimos ubicándonos, y ubicando al paciente, en los mismos personajes del drama primero, o si, por el contrario, los roles se han permutado; c) descubrir que la primera transferencia-contratransferencia interpretada era resistencia y ocultaba otra, resistida, generalmente “invertida” en el rol o el afecto.

Esas tres tareas nos convierten ya, todavía “en silencio”, en un “*personaje inesperado*” dentro del drama que el paciente habitualmente repite de manera inconciente. Llegamos así a establecer el verdadero punto de urgencia.

7) El recorrido de todos los puntos anteriores, y especialmente la conciencia de la transferencia y de la contratransferencia, ha enriquecido el significado de la temática identificada, desde el comienzo, en el relato del paciente. Ese enriquecimiento de la significación de la temática puede darse bajo la forma de una ampliación de su sentido o como un desplazamiento de la importancia desde uno hacia otro de los elementos que constituyen el drama. Esta adquisición de un nuevo sentido, que equivale al haber tomado conciencia de un significado inconciente, debe ser ahora compartida con el paciente mediante *la comunicación verbal que denominamos interpretación*. En “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974c), “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) hemos apuntado las razones por las cuales, para realizar esta tarea, debemos *utilizar exclusivamente los personajes del relato*, evitando explicitar nuestra interpretación del drama en el vínculo paciente-analista, pero admitiéndolo con naturalidad en los casos en que es el mismo paciente quien lo hace explícito.

Acabamos de afirmar que es preferible no comunicar verbal y explícitamente al paciente sus sentimientos inconcientes hacia la persona del médico, que hemos obtenido mediante el psicoanálisis de la transferencia realizado “en silencio”. Sostenemos también que esta interpretación transferencial “en silencio” es condición necesaria para lograr una buena interpretación explícita y referida a los personajes del relato. Agreguemos ahora que, si queremos consolidar la capacidad de interpretar la transferencia “en silencio”, conviene que nos entrenemos, durante los ejercicios teórico-clínicos, en la tarea de “construir mentalmente” las interpretaciones transferenciales, en fórmulas verbales lo suficientemente elaboradas como para que pudieran haber sido dichas, en el caso de haber sido esa nuestra posición teórica. Nos aseguramos también, de este modo, que nuestra interpretación referida a los personajes del relato no funcione, en última instancia, como un encubrimiento resistencial de una interpretación transferencial reprimida.

Podemos descomponer en un esquema de pasos sucesivos el proceso de interpretar la transferencia en el “silencio” previo a la comunicación verbal explícita.

- 1) Obtener una identificación concordante e interpretar “desde allí”.
- 2) Pensar en el relato como representación o símbolo de lo que está ocurriendo actualmente.
- 3) “Describir” la situación actual sin perder de vista los términos que el paciente utiliza en el relato.
- 4) Reparar en lo que ambos sentimos “ahora y aquí”.
- 5) Referir el contenido del punto anterior a nuestra relación actual paciente-analista.
- 6) Buscar alguna situación actual del paciente en donde se repite constantemente el modelo de relación que se ha encontrado en el punto anterior.
- 7) Buscar, con el apoyo de nuestros propios recuerdos infantiles, alguna situación infantil del paciente, construida o recordada, que corresponda al mismo modelo de relación.

El estudio patobiográfico

La construcción del procedimiento

Ya desde sus primeras experiencias con las pacientes histéricas, Freud descubrió que el procedimiento psicoanalítico no podía encaminarse hacia la obtención inmediata de una mejoría de los síntomas, y que la dirección del

proceso debía quedar abandonada a lo inconciente. Citemos sus palabras: "...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). Bion se refería a este mismo "encuadre" de la tarea, afirmando que el psicoanalista, durante su trabajo, debía librarse de la memoria y el deseo.

Hay algo, sin embargo, que debe quedarnos claro, que el analista trabaje "sin deseo", o sin tener presente su objetivo de manera conciente, no significa que el tratamiento carezca de una meta. Esa meta, que durante los primeros años consistía en la desaparición de los síntomas, se fue transformando, poco a poco, en el logro de una modificación en el carácter. Este cambio en los fines que perseguía el proceso trajo consigo el hecho de que el tratamiento, que en un comienzo se sustentaba en meses, se prolongara luego durante varios años. Durante ese tiempo, en un desarrollo que podríamos llamar "longitudinal", el proceso progresa de temática en temática, sin un fin inmediato que sea premeditado.

Sin embargo, el psicoanalista, en el desempeño de su tarea clínica, se encuentra, algunas veces, con problemas específicos que es necesario resolver. No siempre es posible disponer de un encuadre tan "ideal", para el trabajo psicoanalítico, como el que Bion describe refiriéndose a la atención del paciente psicótico. En ese encuadre, para poder trabajar "libre" del deseo de curar, el analista renuncia explícitamente, ante la sociedad, la familia y el paciente mismo, a toda responsabilidad por el cuidado del enfermo.

Entre las situaciones que es necesario resolver, se presenta muchas veces el caso constituido por la emergencia de una enfermedad somática de cierta gravedad. El psicoanalista sabe que tanto la enfermedad somática, como *su evolución y su desenlace final*, no son independientes de las vicisitudes de la emoción inconciente. No puede resignarse a "abandonar" el destino del enfermo que lo consulta, o que está tratando desde hace varios años, confiando en el único recurso del tratamiento "físico", pero tampoco puede confiar en que un tratamiento psicoanalítico "longitudinal" llegue a tiempo para proteger al enfermo de una amenaza grave.

El problema principal que la enfermedad somática plantea al psicoanálisis se constituye alrededor de esa dificultad. En 1972 planeamos, con Enrique Obstfeld, un encuadre y un procedimiento psicoanalítico que llamamos *estudio patobiográfico*. Su finalidad específica consiste en incluir, en el tratamiento del enfermo, aquello que el psicoanálisis puede hacer si se propone, *como meta inmediata*, actuar sobre la enfermedad somática en el "tiempo corto" que marca la necesidad. De este modo, el psicoanálisis "longitudinal" puede mantenerse libre de la responsabilidad, y *del deseo*, de cuidar el destino de

una complicación somática. El estudio patobiográfico es un procedimiento que podemos llamar “transversal”, porque *se orienta hacia un fin premeditado e inmediato*, que consiste en influir sobre el curso de una enfermedad somática, y porque *se concentra*, mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, *en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente*.

La constitución del material del estudio patobiográfico, su procesamiento y su comunicación

En el estudio patobiográfico, “el material” que será objeto de la interpretación psicoanalítica se constituye, fundamentalmente, a partir de cuatro fuentes:

- 1) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática. Se basa en un cuestionario detallado, y se realiza durante tres o cuatro entrevistas de dos horas cada una. Además, el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños y narrar un filme cinematográfico y una novela, libremente elegidos.
- 2) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta.
- 3) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de los seres que considera más significativos.
- 4) La observación del paciente, y del vínculo que establece con el equipo que realiza el estudio, durante las entrevistas.

Una vez reunido el material, cuya parte biográfica ocupa unas treinta o cuarenta páginas escritas, deberá ser estudiado por más de un psicoanalista a los fines de recorrer el procedimiento que describiré, esquemáticamente, en pasos sucesivos.

El proceso que denominamos *sinopsis* forma parte del procesamiento del material que deberá ser interpretado. A partir de ese proceso, se constituyen algunos puntos de referencia que nos ayudan a integrar los distintos aspectos del problema que la consulta plantea al estudio:

- 1) Debemos identificar *el motivo inconciente de la consulta*, porque siempre es distinto de las razones concientes que el enfermo puede aducir.
- 2) Todo enfermo construye *una fantasía inconciente, y una “teoría” conciente, acerca de su enfermedad y de la forma en*

que podría curarse. Conocer la teoría conciente nos ayuda a identificar la fantasía inconciente. Existe también una “cuota” de esperanza inconciente, en lo que respecta a las posibilidades de curación. Ponderar esa “cuota” puede ayudarnos a establecer un pronóstico.

3) La historia de las distintas crisis, o situaciones dramáticas, que forman parte de la biografía, y su coincidencia temporal con determinadas enfermedades o accidentes, nos ayudan a comprender, a través del *lenguaje de los órganos*, su significado inconciente, y la forma en que ese significado ha ido evolucionando y transfiriéndose de una a otra vicisitud.

4) Existe siempre un *factor eficaz y específico desencadenante de la enfermedad actual* que coincide temporalmente con la aparición de esa enfermedad. Identificarlo nos ayuda a comprender el significado inconciente que la enfermedad actual simboliza.

Una vez interpretado el material del estudio, podemos encontrar, en las palabras del paciente, algunos *puntos de coincidencia* entre el contenido de nuestra interpretación y sus apreciaciones. En las entrevistas finales, cuando debemos comunicar al paciente lo que hemos pensado, partir de esos puntos suele ayudarnos a realizar la tarea.

La comunicación realizada en las entrevistas finales se dirige hacia dos fines que son distintos y coincidentes. Una *orientación terapéutica* en cuyos criterios interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un *esclarecimiento* acerca de la relación inconciente que existe entre su enfermedad y el drama que se encuentra en su historia.

La comunicación verbal que se utiliza en las entrevistas finales, siempre se prepara por escrito para uso del médico, y no para entregarla al paciente. Se procura evitar de este modo que la intervención terapéutica, en una posterior lectura, quede confundida con el significado de las palabras escritas, cuando en realidad consiste en el sentido que adquieren en el contexto de la entrevista entera.

Una vez reunido y procesado el material, cuya parte biográfica ocupa unas treinta o cuarenta páginas escritas, deberá ser estudiado *por más de un psicoanalista* a los fines de recorrer el procedimiento que describiré, esquemáticamente, en pasos sucesivos:

1) Debemos *identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar “unidad” a la biografía del paciente*. Una temática que, tal como puede ser contemplada desde el momento actual, configure el punto nodal alrededor del cual gira su vida. En el desarrollo de ese “argumento”, deberemos ubicar los dis-

tintos personajes que conforman el drama que ha hecho crisis, y pensar, en cada uno de ellos, como versión actual de los personajes de su infancia.

2) Debemos *ubicar el “mapa”* que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, e *identificar el “estilo”*, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado. *Uno y otro codeterminan el significado de su historia*, y si vamos a intentar la tarea de *re-significar esa historia*, necesitamos cuestionarlos.

3) Sabemos que *la enfermedad actual encubre*, frente a la conciencia del enfermo, *una parte de la historia que es su drama*, y, también, que *expresa, simbólicamente, una determinada “posición” frente a ese drama*. Recurriendo a lo que conocemos, acerca de las fantasías inconcientes específicas de los trastornos somáticos que el paciente padece, debemos tratar de comprender, dentro del drama nodal que ha entrado en crisis, *cuál es “la parte” que el trastorno “habla”*.

4) *El enfermo dispone de una historia conciente*. Esa historia presenta lagunas y distorsiones de su significado, que marcan los puntos en los cuales su drama original, para él insostenible, se le ha vuelto inconciente. *La enfermedad actual no sólo es el relato, cifrado y simbólico, del significado omitido. Es también un acto*, igualmente simbólico, que *“corrige” mágicamente esa historia*. Debemos, pues, comunicarle aquello que, acerca de su historia “completa”, hemos comprendido. Pero necesitamos que nuestra interpretación del drama permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto, y, para lograrlo, nos hace falta comprender los motivos por los cuales no puede soportar esa parte de su historia.

5) Sabemos que la enfermedad actual es la mejor solución que el enfermo ha logrado, frente a su imposibilidad de integrar en la conciencia significaciones que son contradictorias. Debemos, pues, re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que *la contradicción de significados, incluida en una unidad de sentido más amplia, que los trasciende, se experimenta como un malentendido* (malentendido que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario). En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad del cuerpo. En los casos en que esto no es posible, porque la re-significación no avanza hasta ese punto, y el enfermo permanece en su necesidad de mantener oculto el significado omitido, la interpretación que desenmascara el sentido de la enfermedad lo obliga a cambiar de trastorno. Existe, entre los dos extremos, toda una gama de resultados intermedios.

Quien posea cierta experiencia en el campo de la psicoterapia, no dejará de percibir que la tarea, resumida en estos cinco puntos, está erizada de dificultades, y se preguntará si es, en verdad, posible realizarla con éxito en el tiempo breve que la ocasión requiere. Para averiguar si eso es posible, y para atestiguar que sí lo es, tenemos dos recursos. El primero, y fundamental, proviene de la experiencia clínica. Se trata de hacer estudios patobiográficos cumpliendo con las reglas del “buen arte”, y ver lo que sucede. El segundo, más apropiado para su discusión intelectual, proviene del comprender lo que sucede. Las apariencias inducen a creer que hay muy poca “palanca de cambio” en un procedimiento breve que, en este caso, debe luchar contra una resistencia intensa que mantiene muy lejos de la conciencia el significado interpretado. Sin embargo, hemos de tener en cuenta otros factores que, a primera vista, pasan desapercibidos, y que enumeramos a continuación:

1) El interrogatorio biográfico, que llamamos *anamnesis*, es un acontecimiento muy particular que configura una ocasión radicalmente insólita en la vida de cualquier persona. Cuando se reúnen en una sola historia los distintos significados *concientes* que pueblan nuestra vida de recuerdos y deseos, *el conjunto adquiere una coherencia que se manifiesta como emergencia de un significado nuevo*. Sentarse a escribir, de *motu proprio*, las respuestas a un cuestionario patobiográfico es casi tan difícil como realizar el autoanálisis de un sueño.

2) El hecho de que *más de un psicoanalista* examine el mismo material, y discuta, *durante varias horas*, con uno o más colegas, *desde su particular manera de interpretar los hechos*, acerca de sus significados, permite un grado de elaboración mayor del que, habitualmente, puede alcanzarse, en un tiempo equivalente, en el psicoanálisis “longitudinal”.

3) Durante la realización del estudio, que demanda muchas horas de reflexión, elaboración y discusión, los miembros que integran el equipo se impregnan, profundamente, en las múltiples circunstancias que integran la significación de la historia del paciente, y esta impregnación, que compromete siempre sus propios afectos, otorga la convicción necesaria para que su interpretación sea auténtica.

En las dos entrevistas finales, utilizadas para comunicar el resultado del estudio, que poseen el carácter de una intervención terapéutica, el enfermo percibe siempre la autenticidad del médico, que deriva del haber adquirido un conocimiento “vivencial” de su historia. Esta percepción del paciente, que no puede obtenerse mediante algún tipo de artificio, influye

profundamente en la confianza que puede otorgarle a la interpretación propuesta.

4) El hecho de que dos médicos distintos, con el intervalo de una semana, realicen las dos entrevistas finales, facilita la reelaboración del tema. No sólo porque aporta dos maneras distintas de hablar de lo mismo, sino también porque al desprender la interpretación de la figura de una determinada persona, para referirla a un equipo, le otorga el valor de un consenso.

5) El hecho de que la comunicación verbal, durante las entrevistas finales, se exprese en el lenguaje que se utiliza en la vida, y omita, deliberadamente, los términos que provienen de nuestra teoría, produce en el ánimo de quien las escucha fuera del contexto en el que fueron dichas, la impresión de algo inocuo, pero en la oportunidad para la cual fueron pensadas suelen ser más eficaces, y comprometen mayores afectos que las interpretaciones que, apelando continuamente a nuestra inteligencia, satisfacen mejor a nuestro intelecto. Este último tipo de interpretación, sin embargo, al promover la intelectualización, es ineficaz para movilizar los afectos y vencer las resistencias.

Esquema sinóptico de las distintas partes del procedimiento patobiográfico

1) Un interrogatorio biográfico, realizado mediante pautas cuidadosamente estudiadas, que se sustancia en tres o cuatro entrevistas de dos horas, al cual se añaden algunos otros elementos útiles, y especialmente fotografías que el paciente considere significativas.

2) Evaluación del vínculo que el paciente establece con el Centro y con los diversos terapeutas durante las entrevistas.

3) Examen y diagnóstico clínico del estado físico actual que motiva la consulta, realizado con el concurso de los exámenes complementarios y los especialistas necesarios.

4) Confección de un protocolo con el material biográfico obtenido y una sinopsis que integra los aspectos biográficos y clínicos.

5) Estudio del protocolo y la sinopsis, realizado individualmente por los psicoanalistas que integran el equipo, y reunión posterior para elaborar y discutir las conclusiones.

6) Realización de un ateneo clínico con la presencia de los médicos que han examinado al paciente, en el cual se discute exhaustivamente la orientación terapéutica desde un punto de vista médico y psicoanalítico.

- 7) Reunión general de todos los profesionales que intervienen para reelaborar y supervisar las conclusiones del estudio.
- 8) Dos entrevistas finales en las cuales dos psicoanalistas distintos, con una semana de intervalo, ofrecen al paciente, como conclusión del estudio, la orientación terapéutica y la resignificación, en función de su historia, de la crisis biográfica que se manifiesta en su enfermedad y motiva la consulta.

Para responder a la exigencia de una acción profunda en un tiempo breve, recurrimos al esfuerzo conjunto de un equipo en el cual, cuando el paciente está en tratamiento psicoterapéutico, puede participar, si así lo desea, el psicoanalista que trata al paciente. Durante la realización del estudio, que demanda muchas horas de reflexión, elaboración y discusión, los miembros que integran el equipo se impregnan profundamente de las vicisitudes y los significados que conforman la historia del paciente. Esa impregnación, que compromete siempre distintas contratransferencias, aumenta la posibilidad de comprender el sentido de los trastornos y también las fantasías con las cuales el enfermo enfrenta a la enfermedad y al tratamiento.

Algunas de las situaciones que pueden motivar una consulta

- 1) Se ha planteado la necesidad de una intervención quirúrgica, o cualquier otro procedimiento médico que implique la movilización intensa de emociones cuyas raíces inconcientes provocan desenlaces imprevistos o influyen en la evolución del proceso.
- 2) A pesar de un diagnóstico y un tratamiento farmacológico o quirúrgico correctos, la evolución del enfermo no responde a las expectativas. La dolencia empeora, o se estaciona y tiende a hacerse crónica, o sucede que el paciente se cura de una enfermedad sólo para ingresar en otra.
- 3) Las emociones inconcientes de la relación médico-paciente-grupo familiar están influyendo negativamente en el curso de la enfermedad, en la respuesta a la terapéutica y en la decisión del tratamiento.
- 4) El enfermo padece distintas enfermedades o molestias, simultáneas o sucesivas, y carece de un médico que se ocupe de coordinar los procedimientos aconsejados por los especialistas consultados, integrándolos con la comprensión de los significados inconcientes de la enfermedad.
- 5) Han sido consultados con respecto a una dolencia particular dos o más especialistas de reconocida capacidad, y el

enfermo, la familia, o aun el médico de cabecera, se encuentran frente a la necesidad de decidir ante procedimientos médicos distintos.

6) El paciente sufre un accidente, una infección o la presencia de un tumor, mientras se encuentra realizando un tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico. Experimenta entonces la necesidad de recurrir al auxilio brindado por otras ramas de la medicina. Frente a esta necesidad surge otra: integrar la comprensión de los significados inconcientes de la enfermedad en la misma realización práctica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Todas estas situaciones, y otras semejantes, poseen algo en común, ampliamente conocido en la medicina de nuestros días: la necesidad de integrar procedimientos diagnósticos y terapéuticos correctamente realizados, con la valoración de los factores inconcientes que contribuyen a hacer de cada hombre un caso particular y diferente.

Tareas que derivan de los distintos tipos de consulta

Cuando el grupo familiar se encuentra intensamente implicado en la dinámica y la problemática de la enfermedad, y participa de la consulta, parte de la tarea se dirige hacia la modificación del curso de los procesos patológicos mediante la información y el esclarecimiento (proporcionado al grupo familiar) acerca de los significados que, más allá de la conciencia, posee la enfermedad del paciente en la vida de ese grupo familiar.

Cuando el paciente es un niño, la técnica del estudio patobiográfico básico se modifica mediante la inclusión de la anamnesis que se efectúa a los padres, el diagnóstico a través del juego y una posterior entrevista de esclarecimiento con el niño, además de la que se realiza con los padres.

Cuando el paciente que efectúa o motiva la consulta se encuentra bajo asistencia médica en el momento en que ésta se realiza, se solicita la colaboración del médico que tiene a su cargo el enfermo.

En el caso de intervenciones quirúrgicas, o de tratamientos médicos en enfermos graves o difíciles, se plantea el estudio patobiográfico como orientación y psicoprofilaxis antes de la realización de la intervención o tratamiento, y como asistencia psicoterapéutica durante e inmediatamente después. Si el paciente no puede trasladarse, la asistencia se brinda en el domicilio del enfermo o en el lugar en donde el mismo se halle internado.

Frente a la emergencia de nuevas situaciones críticas en la evolución de un paciente que haya realizado un estudio patobiográfico, se efectúa la actualización de la patobiografía y un estudio de la nueva problemática.

Síntesis teórica

1. El psicoanálisis, tanto en su forma de proceso prolongado y “longitudinal”, como en la forma “transversal” de una intervención breve y dirigida hacia un fin inmediato, es un procedimiento cuyo efecto terapéutico, en ambos casos, puede ser comprendido con una misma teoría.

2. La meta del procedimiento psicoanalítico es obtener un cambio en la significación de una historia. Este cambio, que equivale a una re-significación de los “hechos”, sólo puede consolidarse como transformación irreversible, como cambio en el estado de una estructura, en la medida en que la sustitución del significado arrastre consigo una magnitud de afecto suficiente para otorgarle significancia.

3. El punto de apoyo privilegiado en el procedimiento que se dirige a obtener una experiencia emocional mutativa, lo encontramos en la existencia, ubicua, de la transferencia. El instrumento que utiliza ese apoyo es un lenguaje que, cuando es eficaz, constituye el “lenguaje del cambio”.

4. El lenguaje, que siempre es significativo, puede estar “vacío” o pleno de significancia. La significancia, que es, al mismo tiempo, el motor y la palanca del cambio, proviene de la capacidad de mantener presente el “vínculo” que existe entre el símbolo y el referente al cual alude.

5. Los conceptos metapsicológicos son símbolos que tienden a mantener en el mínimo la significancia, afectiva, de sus investiduras, a los fines de facilitar las permutaciones inherentes a su combinatoria operativa en el proceso de pensar. Los conceptos metahistóricos, por el contrario, ricos en la significancia, y en las investiduras, que son propias del lenguaje expresivo de la vida, se permutan, entre sí, con dificultad, y, por lo tanto, su operación es difícil, pero constituyen los elementos privilegiados del lenguaje del cambio.

**TEORÍA DE LA TRANSFERENCIA EN
KLEIN Y LA ESCUELA INGLESA**

(1995 [1988])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995v [1988]) “Teoría de la transferencia en Klein y la Escuela Inglesa”.

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.

Este trabajo corresponde a la participación realizada en el Primer Encuentro Argentino de Psicoanálisis “Teoría de la transferencia en Klein y la Escuela Inglesa”, celebrado en Buenos Aires en 1988.

Dada la obligatoria brevedad de esta introducción y la consigna de incluir en ella preguntas, sugerencias e inquietudes, incluyendo algunas surgidas en el transcurso del congreso, elegiré, dentro del tema que nos ocupa, aquello que se ha señalado repetidamente como el aporte más importante de Klein, en la teoría y en la práctica, a la interpretación de la transferencia durante el proceso psicoanalítico.

La afirmación de que la transferencia, sea positiva o negativa, se establece desde el comienzo del tratamiento, ya se halla implícita en la definición, en términos que más tarde denominaré metapsicológicos, que Freud hace de la transferencia en 1900, cuando escribe *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899]*). El relato presentado por Cesio encuentra uno de sus fundamentos en esa definición de Freud. Fue sin embargo Klein la primera en adquirir, durante su trabajo psicoanalítico con niños, suficiente convicción con respecto a la verdad de ese aserto, como para asumir la actitud de interpretar la transferencia, continua y activamente, en el llamado “aquí y ahora” de la sesión psicoanalítica, desde el primer momento. Quienes nos formamos en la Asociación Psicoanalítica Argentina en la época en que el pensamiento kleiniano ocupaba una parte muy extensa de nuestros programas de seminario, recordamos que entonces toda intervención del analista que no fuera una interpretación transferencial perdía el nombre de interpretación para adquirir el de señalamiento.

La cuestión que me propongo introducir ahora me parece, sin lugar a dudas, fundamental, si se trata de ponderar la contribución de Klein al trabajo psicoanalítico con la transferencia.

Freud (1905e [1901]*), en el epílogo del historial de Dora, se lamenta por el hecho de que el haber postergado la interpretación de la transferencia

condujo a la paciente, en lo que hoy denominaríamos un “*acting*”, a abandonar el tratamiento. No cabe duda de que, a partir de este punto, y apoyándonos en la obra monumental de Klein, comprendimos el riesgo y las dificultades que surgían de una insuficiente interpretación de la transferencia.

No todos los autores, sin embargo, respaldaron la actitud interpretativa de Klein. Algunos, desde la experiencia clínica, sostuvieron que la interpretación sistemática en el “aquí y ahora” encerraba progresivamente al discurso del paciente, limitándolo a una continua referencia explícita a su psicoanalista. Otros, desde la teoría, aducían la existencia de fenómenos extratransferenciales que justificaban el interpretar “fuera” de la transferencia. En el relato que Avenburg presentó en este congreso, encontramos el ejemplo de una crítica similar basada en una posición teórica levemente diferente. Sostiene que la neurosis constituida por la transferencia de impulsos inconcientes sobre representaciones preconcientes, no siempre encuentra en la representación del psicoanalista su núcleo de convergencia privilegiado. Por esta razón piensa que el psicoanálisis de la neurosis de transferencia no requiere el “forzamiento” constituido por interpretaciones que se refieren continuamente a la persona del psicoanalista.

Cuando Freud (1912b*, pág. 105) sostiene que nadie puede ser matado en “*in absentia* o *in effigie*” y que todo conflicto deberá tarde o temprano ser “batallado” en la transferencia, subraya, desde otro ángulo, que la cuota de afecto que la interpretación produce debe ser suficiente, porque el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de afecto, y, sobre todo, porque el afecto constituye siempre una descarga real. Tal como lo señala Freud en *La interpretación de los sueños*: “...cuando soñamos con ladrones y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real” (Freud, 1900a [1899], pág. 484). Aquello que asegura una suficiente participación del afecto en la interpretación es precisamente la transferencia, ya que, como lo destacamos en 1968 en “El qué-hacer con el enfermo” (Chiozza, 1970l [1968]), la representación preconciente del psicoanalista atrae, durante la sesión, a las investiduras inconcientes, debido a que en esa circunstancia esa representación es la única que se acompaña de los signos de cualidad sensorial que denotan la presencia del objeto representado. De modo que, aunque estoy de acuerdo con Avenburg en que no siempre la neurosis de transferencia con el psicoanalista es afectivamente más importante que la “neurosis de transferencia” con algún otro objeto significativo en la vida del paciente, pienso que Klein, siguiendo los pasos de Freud, tiene razón cuando enfatiza la importancia privilegiada de la interpretación transferencial, ya que una cosa es la neurosis de transferencia, favorecida por la interpretación y el encuadre, y otra la transferencia

inevitable, que ocurre en el “aquí y ahora” de cada minuto de sesión, por el hecho de que la única persona presente es el analista.

Sin embargo, a partir de la experiencia clínica y de la teoría psicoanalítica, sostengo desde hace algunos años –“Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia” (Chiozza, 1979*i*)–, y por motivos distintos de los señalados hasta aquí, que conviene evitar, durante la formulación de la interpretación, la continua referencia a la persona del psicoanalista. Creo que, aunque el analista siempre debe realizar en silencio, y para su propio gobierno, la interpretación transferencial en el “aquí, ahora y conmigo”, como decía Pichón-Rivière, es necesario suscribir, junto con Racker, aunque en otro contexto, que no todo lo que el analista sabe, el paciente puede o necesita saberlo. Pienso que una vez que el analista ha llegado, *in mente*, a la interpretación transferencial que constituye el punto de urgencia, debe comunicarlo indirectamente, de modo que su interpretación explícita de las vicisitudes afectivas comprometidas en la transferencia debe referirse a los personajes que surgen del relato que el paciente aporta.

Veamos ahora los motivos, desde la clínica, y desde la teoría, que nos conducen a suscribir las críticas a la actitud interpretativa kleiniana que hemos mencionado, aunque no compartimos las razones que fueron aducidas para fundamentarlas.

En primer lugar, la teoría nos enseña que la magnitud del afecto que la interpretación moviliza, no sólo debe ser suficiente para provocar un cambio “real”, sino que, además, debe ser una magnitud tolerable, dado que las magnitudes excesivas despiertan una resistencia insuperable.

En el caso de Dora, la interpretación insuficiente de la transferencia determinó que la carga transferencial fuera creciendo, en silencio, en lo inconciente, hasta que la intensidad de los afectos conflictivos retenidos, amenazando irrumpir en la conciencia con el consiguiente desarrollo de angustia, se descargaron, transformados, en el “*acting-out*” que la alejó del tratamiento. No es este, sin embargo, el único camino por el cual la intensidad de la transferencia puede alcanzar magnitudes excesivas. A veces, la intensidad de los afectos que se despiertan en la sesión psicoanalítica posee, en razón de la historia infantil que se repite, o adquiere en la regresión transferencial, la magnitud que caracteriza a las pasiones. En esas circunstancias, cuando la interpretación lleva a la conciencia, con la violencia consiguiente, que tales sentimientos se dirigen a la persona que se halla allí, presente, la magnitud comprometida impide que pueda adquirirse conciencia, al mismo tiempo, de que los afectos involucrados derivan de una “falsa conexión”, de una injustificada repetición del pasado en el presente. Inútil es entonces que el psicoanalista, luego de haber “conjurado

los demonios del Averno”, como decía Freud, intente apaciguarlos con la afirmación, cierta pero inoperante, de que “sólo se trata de una transferencia”. Por este motivo insistimos en que la interpretación indirecta de la transferencia, lograda mediante la utilización de los personajes del relato, permite que el propio paciente sea quien dosifique la magnitud de sus afectos y elija el momento en que puede adquirir plena conciencia de lo que siente frente a su psicoanalista.

Debemos aducir todavía otra razón de mucho peso en esa dirección. La experiencia clínica muestra que todo vínculo que se profundiza, dentro o fuera de la sesión psicoanalítica, tiende a saturarse. El lenguaje habitual lo expresa diciendo que las relaciones “se gastan”. ¿En qué consiste tal saturación? Precisamente en transferencias que permanecen inconcientes y son convalidadas, justificadamente o no, mediante la percepción de lo “real”. La interpretación transferencial y el encuadre, que procuran evitar tal saturación, sólo consiguen demorar ese proceso, dado que tanto una como la otra incrementan, al mismo tiempo, la regresión transferencial. Esta regresión, que equivale a la profundización del vínculo e involucra la contratransferencia de vivencias más precoces, tiende a agotar la capacidad interpretativa de cualquier psicoanalista y facilita la saturación.

Es cierto que más tarde o más temprano, en todo psicoanálisis suficientemente prolongado, el campo inevitablemente se clausura, y tanto el paciente como el analista experimentan la impresión de encontrarse, real y efectivamente, frente a sus objetos originales de la infancia. Sin embargo, las razones anteriormente apuntadas permiten comprender que la interpretación indirecta de la transferencia, disminuyendo los riesgos sin perder las ventajas, otorga un tiempo y un espacio mayor a nuestra posibilidad de trabajo.

**EL PODER TERAPÉUTICO
DEL PSICOANÁLISIS**

(1995 [1990])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995y [1990]) “El poder terapéutico del psicoanálisis”.

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, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 295-303.

El presente artículo incluye la introducción realizada durante la mesa redonda que, acerca del poder terapéutico del psicoanálisis, tuvo lugar en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica con los doctores M. Abadi y J. García Badaracco, el 27 de julio de 1990.

Para qué sirve el psicoanálisis

No sólo los pacientes se preguntan a menudo si el psicoanálisis cura, los psicoanalistas nos planteamos a veces, en períodos críticos, la misma cuestión. Al fin y al cabo, un psicoanalista también es “consumidor” del psicoanálisis, y su actitud hacia lo que constituye su trabajo sufre necesariamente los avatares de sus propias resistencias.

Sucede, además, que la confianza que el psicoanalista posee con respecto a la eficacia de su tarea, zarandeada cotidianamente durante el tratamiento de sus pacientes, es absorbida, muy frecuentemente, por la profunda crisis de valores que afecta a nuestra época. Si la cuestión acerca de cuál es, en definitiva, el poder terapéutico del psicoanálisis (o, como se dice, *para qué sirve el psicoanálisis*) ha sido siempre actual, no es menos cierto que hoy es más actual que nunca, aun dentro de los ámbitos en los que cotidianamente discutimos nuestro trabajo.

Cuestionarse acerca del poder terapéutico del psicoanálisis nos enfrenta con una dificultad que ha sido, demasiadas veces, descuidada. Partimos frecuentemente de una base falsa: asumimos que todos estamos de acuerdo acerca de *lo que significa “curar”*. Sin embargo, es obvio que precisamente el psicoanálisis (y no sólo el psicoanálisis) ha puesto en crisis ese significado.

No podremos, entonces, evaluar su poder terapéutico sin ocuparnos, simultáneamente, de definir la meta que le atribuimos, como propósito, cuando intentamos enjuiciar su eficacia.

Creo que todos estaremos de acuerdo en que para que exista una psicoterapia alguien debe haber experimentado una necesidad de ayuda. Tal

vez también acordaremos en que se trata de la necesidad de aliviar un sufrimiento, aunque este sufrimiento, a veces, se presente bajo formas leves del desasosiego, la incomodidad, la ignorancia, la curiosidad, las dificultades en el crecimiento o en la convivencia.

Los problemas comienzan cuando queremos convenir sobre el modelo interpretativo que “dibuja” la dirección del cambio que llamamos “terapia”.

El modelo médico del psicoanálisis

Todos los psicoanalistas, comenzando por el mismo Freud, nacimos inmersos en la idea de que la terapia cura una enfermedad, y que la enfermedad es la descompostura de un mecanismo. La idea de que el tratamiento psicoanalítico, como psicoterapia, es una terapéutica de, por ejemplo, las neurosis, constituye una manera de pensar que ha llegado a llamarse, en nuestros días, “*el modelo médico del psicoanálisis*”.

Freud construyó su metapsicología partiendo de conceptos que provienen de las ciencias naturales. La ciencia de su época se encontraba muy lejos todavía de una concepción histórica y lingüística que hubiera podido ayudarlo a formular una metahistoria psicoanalítica desde los fundamentos que se encuentran, implícitos, en el conjunto entero de su obra.

Aunque Freud sembró las ideas que pondrían en crisis al modelo médico del psicoanálisis, su obra, en gran parte, al menos en su estructura formal, y sobre todo en sus comienzos, permanece atrapada dentro de ese modelo. Se explica de este modo que la mayoría de sus continuadores, especialmente en Norteamérica, país pragmático por excelencia, haya incurrido en el reduccionismo de pensar al psicoanálisis como una “psiquiatría dinámica”, en uno de cuyos capítulos, como psico-terapia, como terapéutica (como disciplina médica), se incluye al tratamiento psicoanalítico.

Bion y Lacan

Uno de los mayores valores de la obra de Lacan reside en un explícito “retorno a Freud” que implica, en primera y última instancia, rechazar al modelo médico del psicoanálisis para revalorizar su modelo lingüístico. Pero Lacan, si bien tuvo el mérito de gestionar la vigencia de ese modelo en un gran sector del mundo psicoanalítico y de su entorno intelectual, no fue el primero en descubrir su importancia, ni el primero en señalar la insuficiencia del modelo anterior.

Ya desde el comienzo de la obra psicoanalítica, algunos de sus seguidores más entusiastas, entre los cuales deseamos destacar a Groddeck y a Weizsaecker, comprendieron que lo esencial del pensamiento freudiano no cabía en el modelo que hoy llamamos “médico”. Es justo decir también que aunque Bion permaneciera aferrado a la idea de un “aparato” mental, que por el hecho de ser “metafórico” no dejaba de ser aparato, su obra testimonia que nunca desestimó la brecha que separa al modelo de la medicina física del modelo psicoanalítico.

El psicoanálisis, en la obra de Lacan, es una ciencia de la interpretación que no sólo trasciende los límites de toda psicoterapia “adaptativa”, sino que se aleja cada vez más de lo que se entiende habitualmente como terapéutica. Aunque mi vínculo con su obra no alcanza para sostener la pretensión de una crítica solvente, creo que posee el indudable mérito de haber captado la posición central de la lingüística. Me parece evidente, sin embargo, que no pondera suficientemente la importancia del psicoanálisis de la transferencia y del significado inconciente que se oculta en el cuerpo. Pienso que la objeción que le hace Green (1973, pág. 12), cuando señala que Lacan “olvida” la importancia del afecto, subraya una forma diferente del mismo defecto.

Bion comprendió la naturaleza primaria e irreductible de los fenómenos mentales y el valor de fundamento que posee la experiencia emocional. No descuidó la transferencia, pero su obra se detiene en los umbrales de acceso a la interpretación de los significados inconcientes inherentes a la estructura misma de lo que denominamos cuerpo. Su esfuerzo por categorizar los distintos fenómenos mentales lo conduce a describirlos como “funciones”, en un sentido amplio que comprende (en la palabra “función”) desde la relación matemática entre variables hasta el desempeño de un órgano. Su obra, como si se tratara de la continuación del “Proyecto de psicología” de Freud (1950a [1895]*), es pues “psicodinámica” en el mejor sentido del término, pero, a mi juicio, se queda un poco corta en lo que atañe a las cualidades literarias de la experiencia psicoanalítica, y se interna apenas en el uso de la contratransferencia como instrumento técnico, camino en el cual Racker (1960) fue ejemplar.

Groddeck y Weizsaecker

Tanto Groddeck como Weizsaecker penetraron profundamente en los significados inconcientes que son propios de los distintos órganos del cuerpo. Sus descubrimientos permanecieron desde entonces fuera de las líneas principales del psicoanálisis “oficial”. No es aventurado suponer, sin em-

bargo, que actualmente las condiciones han cambiado y que el consenso psicoanalítico se volcará muy pronto en esa dirección. No sólo porque la ciencia física ya no sostiene nuestra concepción habitual de la materia, sino también porque el psicoanálisis mismo, luego de un largo periplo, deberá enfrentarse finalmente con ese campo singular que, casi deliberadamente, ha dejado atrás.

Desde el punto de vista que ahora nos importa, cabe subrayar que Groddeck, o Weizsaecker, han comprendido desde el comienzo que lo que hoy se llama “el modelo médico” es impertinente para describir el proceso de psicoanalizar. Pero no se han detenido allí, comprendieron también que, a partir del psicoanálisis, toda la medicina debía ser concebida de una diferente manera. Recordemos la diáfana sencillez con la cual Weizsaecker (1927-1928) demuestra, a través de un caso clínico, que la necesidad de saber es más importante, en la voluntad del enfermo mismo, que la necesidad de aliviar el sufrimiento que proviene del síntoma corporal. Lacan, que criticó con justicia al psicoanálisis norteamericano por su utilización ubicua del “modelo médico”, no se ocupó lo suficiente de los significados de la enfermedad del cuerpo, ni reparó en la necesidad de subrayar el verdadero punto de urgencia, que residía en el cambio de ese modelo para la medicina entera.

Entre un *Escila* y un *Caribdis*

Si queremos continuar ocupándonos del poder terapéutico del psicoanálisis, debemos aclarar ahora cuál es el significado que asignamos a la palabra “terapéutica”, es decir, cuáles son, a nuestro entender, los fines que se propone el tratamiento. Podemos definir nuestra posición diciendo que, a partir de Freud, pasando por Groddeck y Weizsaecker, y llevando como guía la fundamental obra de Racker acerca de los significados y usos de la contratransferencia, nos encontramos entre Bion y Lacan. Las razones de esta ubicación se derivan de cuanto llevamos dicho, pero podemos resumirlas aquí.

No podemos limitarnos a la obra de Freud, porque inicia un desarrollo que en ella no se completa. Groddeck y Weizsaecker añaden un ingrediente esencial, pero se encuentran muy lejos de los nuevos caminos abiertos por la teoría de la técnica psicoanalítica. Bion y Lacan, como dos peñascos poderosos, acotan nuestra ruta navegable entre un *Escila* al cual le falta una metahistoria cultural y lingüística y un *Caribdis* que carece de una metapsicología natural vecina a un terreno que suele llamarse biológico: un escollo y un abismo que debemos evitar. Ambos extremos se tocan, sin

embargo, en una carencia común: el universo “*more* lingüístico” de Lacan y el universo “*more* geométrico” de Bion se detienen, ambos, frente a la confluencia de cultura y natura en un lenguaje del cuerpo.

Hay que añadir todavía una cuestión. Tal como lo señala Bettelheim (1982), la traducción inglesa de las obras completas de Freud contribuyó para privarla, en aras de un pretendido cientificismo, de la dimensión humanística que forma parte indisoluble del original alemán. Cuando pensamos ahora en las nuevas direcciones en que debe encaminarse el psicoanálisis, debemos tener en cuenta, en primer término, la necesidad de recuperar esa dimensión descuidada.

En una época en la cual el defecto predominante de la psicoterapia reside en la falta de identificación con el paciente, en su alejamiento de la autenticidad vivencial de la actividad interpretativa, en una intelectualización permanente que desconoce la distinción entre la erudición y la sabiduría, es necesario, más que nunca, que nuestras interpretaciones se expresen en el lenguaje cotidiano de la vida, manteniendo un contacto suficiente con el referente emocional al cual aluden.

Demasiados psicoanalistas “informados” (ocupando el lugar de los psicoanalistas que se han psicoanalizado de manera genuina) tienden a caer en la tentación de una psicoterapia que acorta los tiempos de contacto, amparándose en un aparente óptimo económico, y olvidando que, más allá de un cierto umbral, lo barato sale caro.

Desconocen el hecho de que el encuadre restringido de una psicoterapia “abreviada” de acuerdo con los fines acotados por un objetivo estrecho, no puede evadirse de incurrir, por lo menos, en uno de sus dos extremos. Enseña un esqueleto intelectual que produce información, pero que no alcanza para transmitir las implicancias del significado que diferencian la noticia de la convicción, o produce una experiencia emocional aislada que carece de la reiteración imprescindible para modificar las antiguas facilitaciones que estructuran las pautas, habituales e inconcientes, de la conducta enraizada en el carácter.

La dirección del cambio que llamamos “terapia”

¿Sobre qué modelo dibujaremos el cambio de estado que toda intervención implica? Los modelos, antiguos, de un mecanismo descompuesto, o de la desadaptación a un mundo circundante, resultan hoy inadecuados, o insuficientes, frente a las ideas nuevas.

Si la solicitud del psicoanálisis proviene siempre de alguna de las formas del sufrir, podremos decir, válidamente, que su ejercicio es, pri-

mariamente, una búsqueda de alivio. Pero hoy partimos de la conciencia, renovada, de que sufrir es haber perdido la inocencia, que las cosas que retornan “otra vez” no son las mismas, que jamás se restituye exactamente un estado anterior, y que la pena sólo puede mitigarse a través de un doloroso progreso que es totalmente opuesto a la ilusión de volver. Es necesario comprender, entonces, que, junto a un sufrir innecesario, hay otro sufrir que vale la pena que ocasiona.

Hemos aprendido dolorosamente que el alivio que proporciona la irresponsabilidad se paga con el sufrimiento que ocasiona la impotencia, y que el bienestar que otorga la potencia se paga, irremediamente, con el dolor que ocasiona la responsabilidad.

Sabemos, además, que nuestra “función de trascendencia”, que se ejercita, o se frustra, en todo acto de nuestro cotidiano convivir, pone en crisis toda idea de una terapéutica orientada por el esquema, simplificador, de la satisfacción egoísta.

También hemos adquirido conciencia de que, en cada uno de nuestros pacientes, el núcleo principal de resistencia proviene de un consenso que está tan “enfermo” como él, un consenso del cual, inevitablemente, participamos, porque configura nuestro entorno²⁴.

Si volvemos ahora sobre la antigua pregunta: ¿para qué sirve el psicoanálisis?, y omitimos llenar el espacio con el montón de palabras inútiles que podríamos sin duda acumular, se renueva la magnitud del interrogante esencial: ¿qué significa curar?

Hace ya unos cuantos años, una persona que conozco tomaba en tratamiento psicoanalítico a su primer paciente: un niño de siete años que sufría crisis asmáticas sumamente invalidantes. Un asma bronquial que se había manifestado rebelde a todas las terapéuticas médicas habituales. Al poco tiempo de iniciado el psicoanálisis, las crisis asmáticas desaparecieron para no volver a presentarse más. Todos podemos recordar un número más grande o más pequeño de casos similares, según el tiempo en que venimos ejerciendo nuestro oficio. Sin embargo, cuando nos preguntamos para qué sirve el psicoanálisis, no nos basta con esa respuesta. La cuestión deriva de una crisis más profunda. Queremos saber si se puede cambiar el carácter, defendernos del deterioro, la parálisis, la invalidez, la incapacidad. ¿Son demasiado ambiciosas esas pretensiones?

²⁴ En el apartado “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato” (Chiozza, 1980e), incluido en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II] (Chiozza, 1998k [1980]), nos ocupamos de este tema.

La recuperación de la confianza perdida

Si, durante el desempeño de nuestra tarea, necesitamos recuperar nuestra confianza en lo que hacemos, disponemos, por lo menos, de tres posibilidades.

La primera de ellas consiste en recurrir a la experiencia pasada, propia o ajena, para saber si los resultados que procuramos se obtienen por el procedimiento que ejercemos. Así procedemos, habitualmente, en la mayoría de nuestros actos cotidianos, pero, como es obvio, cuando tratamos de evaluar cuáles serán los efectos de una interpretación psicoanalítica, no resulta tan fácil.

La segunda posibilidad reside en comprender la “razón” que vincula la intervención con el cambio que constituye la meta. Si desarmo una cerradura y comprendo cómo, en su funcionamiento, interviene un resorte que ha perdido su lugar, adquiero una “razonable” confianza en que podré repararla. Si quisiéramos desarrollar ahora los distintos elementos en que se apoya “razonablemente” nuestra confianza en el poder terapéutico del psicoanálisis, nos veríamos forzados a reproducir aquí los capítulos esenciales de la teoría de la técnica psicoanalítica. Es importante señalar, sin embargo, una cuestión fundamental.

La transferencia permite modificar “en vivo”, y a través de la conciencia, una pauta de reacción, o un mapa del mundo, que se ha adquirido en la infancia. Para obtener una modificación semejante no alcanza con “aplicar” el psicoanálisis a la interpretación de un relato que evoca en nuestra mente una presunta realidad crono-lógica generadora de efectos, es necesario interpretar ese mismo “material” como si se tratara de un sueño, o una fábula, que alude a una fantasía inconciente, atemporal y perpetua, que se repite en el acto de convivencia presente. Parodiando una frase de Freud, podemos decir que todo proceso psicoanalítico deberá mezclar el oro puro del psicoanálisis de la transferencia en el presente atemporal, con el cobre del psicoanálisis aplicado a la interpretación de “la realidad” actual que se oculta en “la realidad” pasada que el relato refiere.

La tercera posibilidad con la cual contamos para el intento de recuperar la confianza perdida consiste en el interpretar las causas que sostienen, desde el inconciente, y como cumplimiento de un deseo, esa desconfianza. Aquí también, en este punto, se podría consignar un extenso e interminable repertorio de motivos, pero quiero limitarme, por su importancia actual, a la descripción de uno solo.

La gran cisura del nacimiento separa la organización oral del psiquismo de la vida intrauterina. Hoy sabemos que durante el resto de la vida am-

bas organizaciones perduran (como perduran los traumas que en su hora se gestaron) y se reparten en el presente, junto con otras primacías, las modalidades de reacción, determinando diversas pautas de conducta y distintas vicisitudes de la vida emocional. El trauma de nacimiento, que suele revivirse, de un modo inconciente, como una situación insoluble en la cual la penuria del encierro y el temor frente a la incertidumbre de la huida son igualmente insoportables, es el prototipo de la angustia.

Resulta de fundamental importancia, para el tema que nos ocupa, el tener en cuenta que durante la vida intrauterina la oferta del objeto que procura la satisfacción es continua, y que durante el estadio oral del desarrollo es periódica. La dramática cisura del nacimiento separa, por lo tanto, dos ritmos completamente distintos que se reparten, en una proporción habitualmente insospechada, las horas de nuestra vida cotidiana.

El encuadre del tratamiento psicoanalítico, por más que se subrayen algunos elementos que favorecen la regresión a través de la privación motora y visual, es decididamente posnatal. No solamente porque el contacto conciente se establece predominantemente mediante la palabra, sino porque las sesiones ocurren periódicamente, en un tiempo acotado y predefinido. A pesar de ese encuadre, sin embargo, la fantasía básica que subyace a todo tratamiento, desde el momento mismo en que se piensa en realizarlo, es siempre intrauterina.

Lo esencial no consiste en que el paciente concurra, lo cual a veces ocurre, con la fantasía predominante de un suministro incondicional, sino en que delega, inconcientemente, en el psicoanalista, toda la responsabilidad del tratamiento. Interpreta que el contrato es una garantía con respecto al resultado, y que si no quebranta las reglas del encuadre tiene derecho a reclamar el éxito. Asume que, si su psicoanalista es bueno, ser obediente es más importante que ser hábil. Supone que la posibilidad de fracasar no es un riesgo propio de su vida, sino el producto del engaño al cual podría ser inducido por un psicoanalista malo. Actúa inconcientemente convencido de que el alivio y el sentimiento de seguridad que experimenta cuando se “entrega”, delegando su responsabilidad, son la condición natural de toda buena relación de objeto.

Estas fantasías subyacentes pueden mantener su vigencia, más o menos disimulada, durante muchos años, sobre todo si transcurren en un consenso social que, con respecto a sus jefes, líderes y gobernantes, se rige, en lo esencial, por los mismos parámetros. Si ocurre, después de todos esos años, que no queda más remedio que intentar el psicoanálisis en un contexto posnatal, asumir el duelo ante la magnitud del autoengaño puede ser tan insoportable como parecía ser, en su hora, el riesgo de nacer. Entonces,

si la crisis de “confianza” limitada a la figura del psicoanalista “malo” no alcanza para mitigar el dolor, el temor y los sentimientos de culpa, la desconfianza, para poder otorgarnos el alivio de la irresponsabilidad, debe extenderse hasta el psicoanálisis entero.

**EL PROBLEMA DE LA OPERATIVIDAD
EN LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA**

(1995 [1991])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995A [1991]) “El problema de la operatividad en la medicina psicosomática”.

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.

El presente artículo fue escrito en 1991 para una revista de psiquiatría.

La relación entre psiquis y soma

Todo aquello que, ya sea mediante técnicas, a través de instrumentos o directamente, podemos percibir con los sentidos, ingresa en la categoría de lo que llamamos “físico”. Todo aquello cuyo significado podemos interpretar ingresa, en cambio, en la categoría de lo que denominamos “psíquico”.

La investigación psicoanalítica ha demostrado que el trastorno “físico”, contemplado por la medicina clásica como un efecto que deriva de una causa, puede además ser interpretado como un lenguaje que comunica, de manera inconciente, el significado de un episodio biográfico particular.

Algunos psicoanalistas pensamos, a partir de lineamientos teóricos establecidos por Freud, y apoyándonos en la observación clínica, que las distintas enfermedades del cuerpo, que la medicina distingue, esconden significados inconcientes típicos de cada una de ellas.

A pesar de que la práctica psicoanalítica consolida progresivamente la convicción de que la enfermedad somática no posee una existencia independiente de las vicisitudes de los significados inconcientes, la experiencia clínica nos lleva pronto a reconocer que, en este aspecto de nuestro trabajo, nos enfrentamos con problemas difíciles, no sólo en lo que respecta a la acción terapéutica, sino también en cuanto atañe a la evaluación de sus resultados.

Disidencia entre las metas del paciente y el médico

Cuando definimos una alteración lo hacemos por comparación con un estado que, sea como ideal o como promedio, constituye la “norma”, y ocurre

que, implícitamente, suponemos que la alteración es la pérdida de un estado normal anterior al cual es necesario “volver”. No debe extrañarnos por lo tanto que cuando un paciente consulta al médico porque presenta una alteración somática, lo haga por lo general con la idea, implícita o explícita, de que el beneficio principal del tratamiento consiste en la desaparición de dicha alteración.

El médico no siempre debe compartir, sin embargo, ese objetivo, ya que toda restitución de un estado anterior, si tenemos en cuenta fenómenos como la inmunidad, la experiencia o la memoria, no sólo es utópica, sino, además, equívoca. La idea de “combatir la enfermedad”, que se halla implícita todavía en muchas actuaciones médicas, no parece sensata, en la medida en que desconsidera la “función” que la enfermedad cumple en relación con los sistemas más amplios en los cuales se integra, dentro de la serie: órgano, aparato, hombre, familia y sociedad. Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la “solución” que el paciente ha encontrado, y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial, o puede incluso agravarlo. Weizsaecker lo señalaba diciendo que la actitud del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión “Fuera con ella”, debería ser reemplazada por otra acorde con el siguiente pensamiento: “Sí, pero no así; sino de esta otra manera”.

En los casos en que el médico no comparte el objetivo del paciente, nos encontramos frente a la necesidad de ejercer, explícita o implícitamente, educación sanitaria.

Los problemas de encuadre

Hemos aprendido que la familia del psicótico, o la del niño, constituyen una estructura de poder real que obra, en ambos casos, sobre el tratamiento del paciente y nos obliga a diseñar un encuadre particular apropiado. Aquellos enfermos somáticos que de manera imprescindible necesitan un tratamiento físico dependen también, imprescindiblemente, de un médico, o de una institución sanatorial, que llevan implícitos un determinado sistema de asistencia médica, sistema que suele entrar en colisión con las necesidades de la psicoterapia.

La tarea de implementar un encuadre específico que permita involucrar de alguna manera, en el tratamiento del paciente, al médico del cual éste depende, plantea problemas distintos de aquellos que surgen de la inclusión de la familia del niño o la del enfermo psicótico.

El médico se halla, por lo general, menos dispuesto y motivado que los familiares del enfermo, para reexaminar, en interés del paciente, tanto su

vínculo con él, como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento físico, alternativas y decisiones que se verán inevitablemente influidas por los afectos inconcientes que forman parte de ese vínculo. Por estas razones, resolver los problemas que plantea el encuadre de un tratamiento “psicosomático” exige, como tarea previa, lograr que cada uno de los médicos que asisten al enfermo posea un grado suficiente de formación en psicoterapia.

La adquisición del instrumento adecuado

El instrumento fundamental de nuestra acción psicoterapéutica está constituido por una capacidad de lectura específica apropiada al “objeto” tratado, objeto que, en el caso que nos ocupa, es la situación comunicativa particular implícita en toda enfermedad somática.

Tal como ha ocurrido con la interpretación del juego y del dibujo en el psicoanálisis de niños, partimos de un cierto acuerdo previo acerca de que el fenómeno considerado, el trastorno somático, es la transformación de una idea inconciente, idea que se conserva en la alteración de la forma, la función o el desarrollo corporales.

Las formas corporales son símbolos universales y congénitos que se presentan, tanto en el paciente como en el psicoanalista, encubiertos por re-significaciones secundarias, individuales y “adquiridas”. Por este motivo, sólo podemos descubrir su significado primario recurriendo a la interpretación combinada de materiales de las más diversas fuentes: mitos, literatura, otras realizaciones del arte, conocimiento científico, etimología, expresiones del lenguaje popular, etc. Las disciplinas que forman parte de la medicina y de la biología nos ofrecen, desde este punto de vista, un material especialmente valioso para la investigación del significado inconciente de las formas corporales normales y patológicas.

El conocimiento de las fantasías inconcientes específicas de las distintas formas nos permite progresar en la construcción de un código interpretativo que opere en el psicoanalista de un modo preconciente y “automático”, del mismo modo que opera, por ejemplo, su conocimiento del complejo de Edipo. Incluir ese código en el trabajo cotidiano implicará algunas modificaciones técnicas, tal como sucedió con el psicoanálisis de niños frente a la necesidad de interpretar los dibujos y el juego.

La posibilidad de que el psicoanalista explore físicamente al enfermo que trata psicoterapéuticamente conduce hacia complicaciones técnicas que son, por el momento, insuperables, pero la observación directa de radiografías, exámenes de laboratorio o informes de los exámenes realizados

por otros colegas, aporta un material valioso sin introducirnos en tales dificultades. Lo mismo ocurre con la observación directa, en el paciente, de signos físicos como la palidez o la cianosis, y también con la información que, acerca de su estado físico, obtenemos a través de su discurso verbal. Es claro que el psicoterapeuta deberá utilizar ese material para su labor específica, evitando, por un lado, la tentación de opinar sobre “el diagnóstico” en términos de la medicina tradicional y, por el otro, la “obligación” de responder a las expectativas del paciente con una inmediata interpretación simbólica que no siempre puede, auténticamente, lograr.

El procedimiento

Así como existe una cirugía menor que se puede realizar en el consultorio y una cirugía que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existe una psicoterapia menor, que puede realizar todo médico, y una psicoterapia mayor, que requiere la presencia del especialista.

La capacidad para comprender los significados inconcientes de los síntomas o de la relación médico-paciente será, sin duda, útil para todo médico, pero hay una cuestión acerca de la cual no debemos engañarnos. La posibilidad de modificar profundamente, mediante el psicoanálisis, las alteraciones somáticas de una enfermedad en sus distintas alternativas depende fundamentalmente de la intervención de un psicoanalista que se haya formado especialmente para desempeñarla. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de niños, o de enfermos psicóticos, requiere una dedicación especial.

Sea cual fuere el tipo de campo en que este psicoanalista trabaje, se trate de un psicoanálisis “ortodoxo” o de otro tipo de vínculo terapéutico y de encuadre, lo esencial es el grado que haya alcanzado en un tipo particular de formación. Si la habilidad frente a las vicisitudes de la transferencia-contratransferencia y la permeabilidad frente a lo inconciente que posee un psicoanalista avezado son en este caso de una utilidad inestimable, conocer el instrumento comunicativo propio de la enfermedad somática y los caminos por los cuales se produce habitualmente la modificación de las alteraciones físicas lo será más aún.

Ya desde sus primeras experiencias con las pacientes histéricas, Freud descubrió que el procedimiento psicoanalítico no podía encaminarse hacia la obtención inmediata de una mejoría de los síntomas, y que la dirección del proceso debía quedar abandonada a lo inconciente.

Que el psicoanalista trabaje sin tener presente su objetivo no significa que el tratamiento carezca de una meta. Esa meta, que durante los primeros años consistía en la desaparición de los síntomas, se fue transformando, poco a poco, en el logro de una modificación en el carácter. Este cambio en los fines que perseguía el proceso trajo consigo el hecho de que el tratamiento, que en un comienzo se sustanciaba en meses, se prolongara luego durante varios años. Durante ese tiempo, en un desarrollo que podríamos llamar “longitudinal”, el proceso progresa de temática en temática, si un fin inmediato que sea premeditado.

Sin embargo, el psicoanalista, en el desempeño de su tarea clínica, se encuentra a veces con problemas específicos que es necesario resolver. Una de estas situaciones es el caso planteado por una enfermedad somática de cierta gravedad. El psicoanalista sabe que tanto la enfermedad somática, como su evolución y su desenlace final, no son independientes de las vicisitudes de la emoción inconciente. No puede resignarse a “abandonar” el destino del enfermo que lo consulta, o que está tratando desde hace varios años, confiando en el único recurso del tratamiento “físico”, pero tampoco puede confiar en que un tratamiento psicoanalítico “longitudinal” llegue a tiempo para proteger al enfermo de una amenaza grave.

El problema principal que la enfermedad somática plantea al psicoanálisis se establece alrededor de esa dificultad. En 1972 planeamos un encuadre y un procedimiento psicoanalítico que llamamos *estudio patobiográfico*. Su finalidad específica consiste en incluir, en el tratamiento del enfermo, aquello que el psicoanálisis puede hacer si se propone, como meta inmediata, actuar sobre la enfermedad somática en el “tiempo corto” que marca la necesidad. De este modo, el psicoanálisis “longitudinal” puede mantenerse libre de toda finalidad conciente. Podemos decir que el estudio patobiográfico es un procedimiento “transversal”, no sólo porque se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, que consiste en influir sobre el curso de una enfermedad somática, sino porque lo hace mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente.

El estudio patobiográfico

El “material” que durante la realización del estudio patobiográfico será objeto de la interpretación psicoanalítica se constituye, fundamentalmente, a partir de cuatro fuentes:

- 1) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática. Además, el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños y narrar una película cinematográfica y una novela libremente elegidas.
- 2) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta.
- 3) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de las personas allegadas que considera más significativas.
- 4) La observación del paciente y del vínculo que establece con el equipo que realiza el estudio, durante las entrevistas.

Una vez reunido y procesado el material, que consta de una historia clínica tradicional más una parte biográfica que ocupa unas treinta o cuarenta páginas dactilografiadas, deberá ser estudiado por más de un psicoanalista para establecer las conclusiones que se comunicarán al paciente en las dos entrevistas finales. Estas entrevistas apuntan a dos objetivos coincidentes, una orientación terapéutica en cuyos criterios interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un esclarecimiento acerca de la relación inconciente que existe entre la enfermedad por la cual el enfermo consulta y el drama, más o menos oculto, que se encuentra en su historia.

El estudio patobiográfico, que se sustancia en el plazo aproximado de unos cuarenta días, progresa, desde las distintas fuentes, para converger en un procedimiento interpretativo que podemos describir, esquemáticamente, en cinco parámetros:

- 1) Identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar unidad a la biografía del paciente.
- 2) Ubicar el “mapa” que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, e identificar el “estilo”, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado.
- 3) Comprender cuál es “la parte” que el trastorno “habla” dentro del drama nodal que ha entrado en crisis.
- 4) Encontrar los motivos por los cuales no puede soportar esa historia, para lograr que nuestra interpretación del drama encubierto permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto.
- 5) Re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que el conflicto de significados contradictorios que sostiene su enfermedad, incluido en una unidad de sentido trascendente y más amplia, adquiera la forma de un malentendido.

Quien posea cierta experiencia en el campo de la psicoterapia, no dejará de percibir que la tarea resumida en esos cinco puntos está erizada de dificultades, y se preguntará si es, en verdad, posible realizarla con éxito en el tiempo breve que la ocasión requiere. Responder adecuadamente a esa pregunta requiere una exposición más extensa, que no cabe en los límites de este trabajo acerca de la técnica con la cual realizamos el estudio patobiográfico y de los fundamentos teóricos que tornan inteligible su operatividad.

**LA INTERPRETACIÓN
DEL MATERIAL SOMÁTICO EN
LA SESIÓN PSICOANALÍTICA**

(1995 [1993])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995E [1993]) “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” [I].

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.

El presente artículo corresponde a un trabajo presentado en una mesa redonda sobre el tema, constituida junto con los doctores Mauricio Abadi y Fidias Cesio, que tuvo lugar en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica el 3 de abril de 1992.

Fue publicado por primera vez como segundo apartado de “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática” (Chiozza, 1993b [1985-1992]).

Asimismo, el contenido de este artículo se incluyó como apartados primero y segundo de “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” [II] (Chiozza, 1998s [1993-1995]).

I. La constitución del material “somático”

La intención de tomar por objeto de la interpretación psicoanalítica a un determinado producto, entre los que ocurren durante la sesión, más el hecho de que, en principio, puede ser objeto de una percepción sensorial, nos conducen a denominar a ese producto *material*.

Cuando el psicoanalista comprende lo que denominamos el contenido manifiesto de lo que el paciente dice, es porque ha discernido un sonido vocal entre los ruidos, ha reconocido que ese sonido vocal es un hablar y que proviene del paciente, ha descubierto que se trata de un idioma que conoce y, por fin, descifrando un código, ha identificado un mensaje.

Realiza así, a partir de los datos que el paciente origina, interpretaciones, generalmente inconcientes –que son previas al ejercicio del psicoanálisis–, mediante las cuales se constituye, en la conciencia del psicoanalista, el material “del paciente”.

Existen materiales a los cuales se llega por caminos interpretativos distintos, que se originan en datos que no son verbales. Recordemos a Freud (1905e [1901]*) cuando afirma que aquellos cuyos labios callan nos hablan con la punta de sus dedos. Hablamos entonces de un material no verbal o, también, extraverbal.

Podemos distinguir tres tipos de materiales extraverbales:

- 1) Aquellos que no son palabras pero integran el texto idiomático, por ejemplo, la pausa, la cadencia interrogativa o el tono admirativo.
- 2) Aquellos que, aunque no forman parte del texto idiomático, contribuyen habitualmente a determinar su significación

desde un contexto casi siempre expresivo, por ejemplo, algunos tonos e intensidades de la voz, actos, gestos, expresiones faciales o actitudes corporales.

3) Aquellos que son decididamente extralingüísticos, en el sentido de que raramente se los reconoce como el contexto de un mensaje verbal, por ejemplo, la gran mayoría de los actos fallidos, los actos sintomáticos o, también, los signos de alteraciones corporales tales como la obesidad o la palidez permanente.

Que un material sea extralingüístico no lleva implícito que no sea un lenguaje, ya que todo sistema de signos, independientemente de que en él participen palabras o sonidos vocales, es lenguaje. Acudamos nuevamente a Freud (1915e*) para señalar un lenguaje hipocondríaco en el cual se habla con los órganos o, también, el órgano nos habla.

Los distintos materiales extraverbales de una sesión psicoanalítica dependen de caminos interpretativos diferentes, que pueden recorrer líneas conceptuales tales como las que categorizan al dibujo, al juego, a la conducta, al mito o al teatro. La posibilidad de recorrer esos caminos depende, a su vez, de los distintos conocimientos que el psicoanalista posea. Por ejemplo: así como el psicoanalista nota, por el aspecto y la manera de hablar el castellano, que el paciente no es argentino, puede notar un síndrome acrocianótico porque percibe, en la mano del paciente, la humedad, la blandura, la frialdad y la cianosis de la punta de los dedos.

Cuando el psicoanalista denomina *contratransferencia* a una ocurrencia o a una “posición” que registra, es porque juzga *a priori*, *antes* de tomarlas por objeto del ejercicio psicoanalítico, que tal ocurrencia o tal posición son una respuesta a una influencia inconciente que proviene del paciente. De este modo, la contratransferencia pasa a formar parte del material de una sesión psicoanalítica.

No valdría la pena rescatar del automatismo inconciente el camino interpretativo que constituye el material, si no fuera porque de este modo adquirimos plena conciencia de lo siguiente:

- 1) El psicoanalista constituye el material mediante interpretaciones inconcientes previas a la interpretación psicoanalítica.
- 2) Constituye el material a partir de datos que provienen del paciente en ese particular encuentro que denominamos *la sesión*.
- 3) El analista atiende y selecciona sólo algunos de esos datos a partir de juicios previos que operan de manera inconciente. Esta *atención selectiva* es una forma de contratransferencia inconciente distinta de las que clásicamente se describen como ocurrencias, posiciones, sentimientos o actuaciones (Racker, 1960).

4) La constitución de lo que denominamos el material del paciente ocurre en la conciencia del psicoanalista, donde adquiere, casi siempre, una formulación en palabras. Sin embargo, no sólo los datos primarios a partir de los cuales se constituye el material, sino a veces hasta el material mismo, pueden devenir concientes en el psicoanalista mediante restos mnémicos de percepción, distintos de la palabra. Hay ocurrencias contratransferenciales, por ejemplo, que se presentan bajo la forma visual que llamamos *escena*. Algo similar ocurre cuando contemplamos el dibujo de un niño.

5) *Cuando el psicoanalista constituye un material, a partir de los diferentes datos que elige, es porque posee el concepto, a priori, de que es posible, en teoría, realizar una interpretación psicoanalítica de ese material.*

Es importante tener en cuenta que los datos que utilizamos para constituir el material ingresan a la conciencia como *recuerdos*, como *sensaciones* corporales o como *percepciones*. Los estados de conciencia que corresponden a emociones, pensamientos, juicios, imágenes de objetos, deseos, actos e intenciones, son combinaciones de recuerdos, sensaciones corporales y percepciones.

Los deseos inconcientes son recuerdos. Lo que denominamos percepción interna no es, rigurosamente hablando, una percepción, es un recuerdo o una sensación somática. La transferencia llamada de “falso enlace” (Freud y Breuer, 1895d*) proviene de un “recuerdo” inconciente que se desplaza sobre la percepción, conciente o inconciente, de una presencia y posee la actualidad de una sensación somática. La neurosis de transferencia se construye con la acumulación *histórica* de las sucesivas transferencias de falso enlace.

Los recuerdos carecen de los signos de realidad objetiva que posee la percepción y, también, de los signos de actualidad corporal que posee la sensación somática. Los recuerdos son símbolos que encubren una presencia y una actualidad, representando un ausente y aludiendo a una disposición latente. Son monumentos conmemorativos de la filogenia y de la ontogenia. Esconden así un presente actual distinto del que conmemoran. Son los constituyentes esenciales de toda significación e importancia y, por lo tanto, son los elementos fundamentales para definir lo que denominamos psiquismo.

Las sensaciones somáticas, que pueden llegar a ser síntomas (afecciones), constituyen el rasgo hipocondríaco, que determina el componente de actualidad de toda patología. Proviene de un remanente de excitación que no ha logrado agotarse en el ejercicio de una función fisiológica, es decir:

proviene de la libido. Equivalen al inevitable componente ineficaz de toda acción. Son el producto de la investidura de lo que Freud (1910a [1909]*) denominaba inervaciones corporales. Son los constituyentes esenciales del afecto y los elementos fundamentales para definir el cuerpo.

Las percepciones ingresan a través de los sentidos y se configuran con signos que indican presencias de objetos. Entre los objetos percibidos, se encuentran algunas partes de un cuerpo vivo que puede reconocerse como el propio en la medida en que se integra el llamado esquema corporal. Son los elementos fundamentales para definir lo que denominamos mundo.

El psicoanalista constituye, pues, el material a interpretar a partir de recuerdos, sensaciones y percepciones que considera originados en su contacto con el paciente durante la sesión. Dirá que ese material es somático en las siguientes situaciones:

- 1) Cuando el paciente comunica sensaciones somáticas anormales, síntomas, que experimenta, y el psicoanalista piensa que lo comunicado es verdad.
- 2) Cuando el paciente comunica signos de alteraciones en su propio cuerpo, que percibe o ha percibido, o de los cuales se ha enterado a través de la percepción de un tercero, generalmente un médico, y el psicoanalista cree en la veracidad de tales percepciones y en la continuidad en el presente de los signos.
- 3) Cuando el psicoanalista ha percibido signos de una alteración en el cuerpo del paciente durante la sesión.

II. La interpretación del material “somático”

La interpretación psicoanalítica del material implica sustituir un significado conciente por otro, inconciente, del cual nos separa una resistencia. Ese segundo significado posee siempre actualidad y es, como producto de la transferencia, experimentado en la situación presente.

Dado que hemos admitido que la constitución de un material lleva implícita la afirmación de que su interpretación psicoanalítica es posible teóricamente, se abre ahora la cuestión acerca de qué síntomas somáticos (sensaciones) o qué signos de alteraciones corporales (percepciones) pueden ser objeto de una interpretación psicoanalítica.

Quienes piensen que hay síntomas y signos que son de causa física, y otros que son de causa psíquica, y que ambas categorías son excluyentes

entre sí, se verán en la necesidad de establecer un catálogo en el cual consten cuáles son los síntomas y signos que el psicoanálisis puede interpretar.

Hay evidencias indudables de que Freud, muchas veces, piensa de ese modo. En el caso de Dora (1905e [1901]*), por ejemplo, habla de una “supuesta” neuralgia, como si no hubiera podido interpretarse de un modo similar a una neuralgia “verdadera”. Escribe, además, un artículo para diferenciar las parálisis motrices orgánicas de las histéricas. Más aún, cuando postula que la pulsión es el representante psíquico de la excitación endosomática, parte de la idea de que psiquis y soma son dos realidades ontológicas distintas, paralelas e irreductibles entre sí.

El mismo Freud nos da los elementos, sin embargo, para concebir la relación de soma y psiquis desde una epistemología distinta a la del paralelismo psicofísico. En 1938 afirma que el psicoanálisis se fundamenta en dos principios (Freud, 1940a [1938]*). El primero de ellos establece una tópica que otorga un “lugar” psíquico a lo inconciente. El segundo expresa de manera rotunda que aquello que denominamos proceso somático paralelo concomitante es lo psíquico inconciente cuando llega a la conciencia privado de la significación que lo integra en una serie psíquica continua.

Es un concepto que, expresado de distintas maneras, recorre el conjunto entero de la obra freudiana. En el historial de Isabel de R. (Freud y Breuer, 1895d*), Freud sostiene, por ejemplo, que el lenguaje y las alteraciones somáticas de la histeria derivan de una misma fuente inconciente. De modo que cuando la histeria parece simbolizar mediante una modificación del cuerpo el significado de algunas palabras o giros lingüísticos, tal vez se limite a actualizar las sensaciones somáticas intensas que dieron origen a esas expresiones del idioma, porque en el pasado esas sensaciones acompañaban a las situaciones que tales expresiones designan.

Soma y psiquis ya no son, entonces, dos realidades ontológicas distintas que se influyen recíprocamente y que son, no obstante, mutuamente irreductibles. *Soma y psiquis son dos categorías que un mismo existente inconciente adquiere en la conciencia.* Las consecuencias de esta actitud epistemológica para la investigación y para el ejercicio clínico psicoanalítico son enormes, ya que, desde este punto de vista, explicar una afección somática como el efecto de una causa física no excluye la posibilidad de interpretarla como un derivado conciente de un significado psíquico que ha permanecido inconciente. En sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, refiriéndose a la conversión histérica, Freud (1910a [1909]*) dirá que cuando un cauce se divide en dos canales, se producirá la congestión de uno de ellos tan pronto como la corriente tropiece con un obstáculo en el otro.

La objeción de que es necesario diferenciar entre la histeria y la afec-
ción orgánica tiene muy poco valor, porque repite el argumento de la causa
física, sin tener en cuenta la evidencia de que las investiduras inconcientes
poseen la capacidad de manifestarse no solamente a través de sensaciones
somáticas, sino también a través de alteraciones corporales que producen
signos “objetivamente” perceptibles.

Mientras la teoría sigue discutiendo estas cuestiones, la investigación
psicoanalítica de las enfermedades que se manifiestan como trastornos en
el cuerpo continúa, desde la época de Freud a nuestros días, ocupando te-
rritorios en la presunta “roca viva” de lo somático asimbólico.

**CÓMO NACE Y SE FORMULA
LA INTERPRETACIÓN
PSICOANALÍTICA**

(1994)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1994b) “Cómo nace y se formula la interpretación psicoanalítica”.

Primera edición en italiano

“Come nasce e si formula l’interpretazione nella seduta analitica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, nuova serie, N° 30, Borla, Roma, 1994, págs. 125-146.

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, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 317-339.

El contenido de este artículo corresponde a un seminario dictado en Perugia, Italia, el 26 de febrero de 1994.

Acerca de lo que significa interpretar

Debemos partir, en primer lugar, de algunas cuestiones sobre la palabra clave del título: “interpretación”. ¿Qué quiere decir interpretar? La etimología nos indica que el intérprete era quien explicaba al comprador lo que vendía el vendedor. Se trataba, por lo tanto, de una explicación acerca de un producto. El diccionario nos muestra luego que el término “interpretar” tiene otras acepciones: “determinar el sentido”, “traducir en una lengua lo que ha sido dicho en otra”, “atribuir a una acción un fin o una causa”, “comprender el tema del cual se trata”, “representar una obra teatral” y, por fin, “ejecutar una composición musical”.

De todas estas acepciones podremos pensar que “determinar el sentido” es la que tal vez puede representar mejor a todas las demás. En última instancia podemos decir que *determinar el sentido es traducir, ya que descifrar un código es transferir su contenido desde un sistema de comunicación a otro*. “Sentido” es un término polisémico. En una de sus tres acepciones es “significado”; en la segunda es “lo que se siente”, y en la tercera, “la dirección”, es decir, “la dirección en la que uno se mueve” (como se ve claramente cuando pensamos en el tráfico).

En segundo lugar, dado que nos ocuparemos de la interpretación en la sesión analítica, debemos definir la interpretación analítica como tal, teniendo en claro que el ejercicio de la actividad interpretativa implica siempre una existencia subjetiva que, desde un punto de vista conceptual y esquemático, podríamos dividir en cuatro componentes: *el que interpreta, aquel a quien va dirigida la interpretación, el que la recibe y el que la concibe*. Algunos de estos sujetos, o todos, pueden coincidir en la misma persona. Ellos, por

lo tanto, constituyen *aquel “quién” que junto a un “qué” (es decir, el llamado “material”) está siempre implícito en cada interpretación.*

El material a interpretar

Detengámonos ahora un momento sobre el “material”. Es necesario notar que desde ningún punto de vista es obvia la razón por la cual a todo lo que en el psicoanálisis podemos interpretar lo denominemos “el material”. ¿No es acaso extraño que, dado que nuestra interpretación es la determinación de un sentido, tal sentido sea atribuido a un material que como tal no puede más que ser lo contrario del sentido? Quiero decir que el sentido es quizás el único referente irreductible al “material”, dado que el primero pertenece a la historia y no a la física, como ocurre, en cambio, con el segundo. El material, efectivamente, se llama de ese modo precisamente porque pertenece a la categoría que denominamos “materia”, categoría que definimos como el conjunto que comprende todo aquello que impresiona como presente por lo menos a alguno de los cinco sentidos.

Llamar “material” a lo que interpretamos en la sesión, otorga al trabajo analítico una apariencia de objetividad. De allí derivan aquellas situaciones en las cuales, por ejemplo, durante alguna discusión teórica se dice: “¡Veamos qué dice el material!”... y se incurre en el error de considerar que el material es un dato objetivo que puede hablar por sí mismo como un árbitro definitivo al cual no le afecta la teoría.

Entre los materiales de una sesión analítica es habitual que se privilegie el discurso verbal. Debemos reflexionar, sin embargo, sobre el “discurso verbal” y sobre su aspecto material.

El sentido indirecto

En primera instancia, es necesario recordar que la esencia misma de la interpretación reside en el hecho de que se habla siempre en un sentido indirecto. Claro que esto no es exclusivo de la sesión analítica, porque cuando dos personas hablan se comprenden gracias a que son sensibles al sentido indirecto. Hablar en sentido directo sería tan absurdo como imposible. Si, por ejemplo, quisiera ahora que alguien cierre la ventana, podría limitarme a decir “tengo frío”. No suele ser necesario, habitualmente, verbalizar el pensamiento completo. La etimología de la palabra “símbolo” muestra que el “símbolo” está compuesto de dos partes que marchan al

unísono. *El símbolo, aun funcionando como un signo, es en el fondo una contraseña, es decir una palabra llave.*

Hablamos y nos comprendemos por medio de contraseñas. A través de símbolos compartidos nos encontramos “a mitad de camino”. Si dos personas no logran comprenderse con medias palabras, gracias a que comparten un mismo sobreentendido, es poco probable que lo logren a través de muchas, porque el riesgo del malentendido es grande.

Percibir es interpretar

Ahora detengámonos sobre el hecho de que, como Ricoeur sostiene, el psicoanálisis se basa sobre dos principios fundamentales. Por un lado, todo puede ser construido teóricamente como una energética; por el otro, el psicoanálisis es una hermenéutica y, por lo tanto, todo es en ella significado. Para comprendernos, para comprender el ambiente, para actuar, para percibir, continuamente interpretamos. Percibir, en efecto, es interpretar, como nos lo muestra Ortega y Gasset (1914) cuando dice que “ninguno ha visto jamás una naranja, sino que sólo ha visto media”, y que la otra mitad la reconstruimos a través de la memoria. Como en general no existen medias naranjas en el mundo, cuando percibimos una mitad construimos inmediatamente, mediante el recuerdo, la percepción de la naranja entera. Esto es, obviamente, interpretar.

Se podrían dar innumerables ejemplos: sólo puedo percibir una pipa si sé qué es una pipa, si poseo *a priori* el concepto pertinente. Rof Carballo (que antes de ocuparse de la psicosomática se dedicó a la hematología) decía que sus alumnos, después de haber logrado ver un promielocito, solían decirle que habían visto “eso” ya desde el comienzo, pero que no sabían que era “eso” lo que debían ver (Rof Carballo, 1949). *Percibir es siempre interpretar*, lo cual implica que vivimos inmersos en una actividad interpretativa.

Llegamos así a la conclusión de que cuando hablamos de “interpretar el material”, aplicamos nuestra interpretación analítica a una primera interpretación, generalmente inconciente y automática, que constituye al material percibido. Por ejemplo, oigo e interpreto que no se trata de un ruido sino de un sonido que proviene del paciente. Diferencio entre ruidos y sonidos. También diferencio los que provienen del paciente de los que vienen de la calle. Otra interpretación me dice que se trata de un hablar y, después, de un hablar en castellano. Por fin comprendo lo que el paciente dice y, en ese punto, pienso que es ese el material que debo interpretar.

No valdría la pena detenerse en todo este análisis de la interpretación automática si no fuera para preguntarnos si el único material que tomamos en consideración, cuando se hace una interpretación, es el verbal. Sabemos que no es así.

Verbal, extraverbal y no-verbal

El lenguaje es un recurso mediante el cual podemos evocar una ausencia o indicar una presencia (hay evidencias inequívocas de que los perros, por ejemplo, comprenden el lenguaje en ese último sentido, como “signo” indicador de una presencia). Cuando alguien dice “Pedro” se espera que continúe diciendo algo sobre Pedro. En ese caso, con la palabra “Pedro” se evoca a una persona ausente, pero si se quisiera, en cambio, usar la palabra “Pedro” para indicar que Pedro está presente, podría utilizarse la palabra incluyendo connotaciones extraverbales, por ejemplo, “¡Pedro!”, entre signos de admiración. Si se dice: “Es necesario tener cuidado cuando se camina por una calle resbaladiza”, se evoca una situación ausente. Pero si con un tono particular de voz se exclama: “¡Cuidado!”, la palabra “cuidado” indica la presencia de un peligro. En el primer caso, la palabra “cuidado” es un símbolo, y en el segundo caso, un signo.

Vemos, en esos ejemplos, que la interpretación de las palabras no sólo depende del significado semántico denotado por el signo verbal. De hecho, para dar a la palabra “cuidado” el valor de signo, es necesario generar un particular contexto extraverbal con el tono de la voz, y es obvio que cuando el paciente habla en la sesión, atendemos también al tono de su voz, a su mímica, a sus gestos... y, más aún, a un conjunto entero de connotaciones extraverbales que, por decirlo de algún modo, inconcientemente interpretamos.

Volvamos entonces a subrayar el hecho de que en el lenguaje verbal hay sí, antes que nada, un material verbal (es decir, las palabras) que denota un significado, pero también hay una connotación extraverbal que se refiere tan estrechamente al sentido del lenguaje que este último no podría ser comprendido sin recurrir a ella. Reparemos además en que hay algo no-verbal que no forma parte de lo extraverbal, ya que esta última expresión se reserva para los componentes de la comunicación que “no están” en las palabras, como es el caso de los signos de admiración, pero pertenecen sin embargo al sistema de la lengua.

Si una paciente nos dice, por ejemplo: “Tengo que adelgazar porque esta situación me resulta insoportable”, el significado de sus palabras es distinto cuando vemos sobre el diván a una mujer obesa, que cuando ve-

mos a una mujer muy delgada. Lo mismo ocurre cuando percibimos un acto fallido: se trata de una connotación no-verbal que no pertenece al contexto lingüístico, como la extraverbal, pero sabemos por experiencia que constituye también una parte imprescindible del lenguaje.

Freud, a propósito del caso Dora, escribe que reparó en el hecho de que ella, mientras hablaba, jugaba con sus dedos en un pequeño bolso bivalvo que llevaba colgado de la cintura, y lo hacía de un modo que representaba una inconfundible exteriorización mímica de la masturbación. Enseguida agrega: a los mortales no les es posible ocultar ningún secreto; lo que callan con los labios, lo dirán con la punta de sus dedos (Freud, 1905e [1901]*, pág. 68). Hay, sin duda, una expresividad gestual que va más allá de lo verbal y que es también un material analítico.

La elección del material

Si el material analítico no es sólo material verbal, podemos preguntarnos si es posible hacer un inventario de todo lo que puede ser considerado un material analítico. Para responder a esa cuestión deberíamos recorrer nuevamente los ítems de la interpretación, recordando que después de haber hecho, a partir de nuestros conocimientos, una primera interpretación de sentido, sobre ella podemos dirigir la intención de interpretar un segundo sentido, un sentido indirecto, escondido, que será el resultado de la interpretación analítica.

Si decimos, por ejemplo, que un paciente está pálido, hacemos una primera interpretación (que hemos llamado automática), pero luego podemos agregar que está icterico (si sabemos lo suficiente de patología médica), o también que tiene miedo. El tipo de palidez, en ese último caso, no es el mismo. Cualquiera de esas dos afirmaciones representaría una “primera” interpretación y (sin detenernos ahora en la cuestión de si podemos hablar de la interpretación psicoanalítica de la ictericia del mismo modo que lo hacemos respecto del miedo) podríamos preguntarnos: ¿cómo se elige entre esas dos primeras interpretaciones?, ¿de qué dependerá la objetividad de esta primera interpretación sobre la cual apoyaré después la interpretación analítica?

La respuesta nos remite inevitablemente a la contratransferencia. A pesar de que se habla tanto de la contratransferencia, se tiende a olvidar que *en la elección del material a interpretar interviene de modo inevitable la contratransferencia inconciente*. Que esta elección no sea objetiva no debe preocuparnos por ahora, porque la objetividad no es nuestra meta, nuestra meta es comprender.

Veamos otro ejemplo. Un psicoanalista, médico, estrecha la mano de la paciente que recibe. Se trata de una joven mujer. La mano está húmeda y fría. Repara en que los dedos están cianóticos y entonces piensa: “Es un síndrome acrocianótico”. Posterguemos otra vez el problema de si el síndrome acrocianótico (como antes la palidez icterica) puede constituir un modo de hablar análogo al que Dora ejercía con los dedos. Limitémonos a subrayar que hay muchos modos de hablar y que, gracias al camino que abre Freud cuando se ocupa de lo que denomina *Organsprache*, sabemos que no sólo se habla con los dedos, sino también con los órganos.

Es evidente que cuanto más sepamos, más capacidad tendremos para percibir “el material”, pero, dado que el material siempre sobreabunda, y que se expresa simultáneamente en distintos registros, no es necesario que un analista “sepa todo” para poder comprender e interpretar. La sesión se desarrolla entre dos motivaciones contradictorias: la de ser comprendido y la de mantener la represión.

A veces un analista que está haciendo sus primeras armas inicia una supervisión y el paciente, para poder continuar encubriendo aquello que reprime, adapta su lenguaje a la nueva capacidad de comprensión. Pero también suele suceder lo contrario. Cuando el paciente habla en un “registro” cuya significación inconciente el analista no comprende, es muy frecuente que lo cambie y termine por hablar en otro que su psicoterapeuta puede comprender mejor.

Acerca de cómo se constituye una historia

Hemos convenido en que la interpretación psicoanalítica implica comprender el segundo sentido del material de las sesiones, que no sólo se constituye con el discurso verbal, sino también con el comportamiento, el dibujo, el juego o el síntoma somático. Es natural entonces que nos preguntemos cómo se constituye el segundo sentido y si existe solamente uno o hay muchos. Nos hemos ocupado de este tema en “La paradoja, la falacia y el malentendido como contrasentidos de la interpretación psicoanalítica” (Chiozza, 1983k). Recordemos otra vez que el término “sentido” tiene tres acepciones: la de “significado”, la de “dirección” y la de “afecto”.

Respecto del significado, es necesario volver sobre el hecho de que en su esencia no pertenece a la física sino a la historia, ya que, precisamente, *una historia es una unidad de significado*.

Debemos liberarnos de una concepción “física” de la historia que la convierte en una sucesión crono-lógica de causas y efectos. Ese tipo de his-

toria coincide fácilmente con lo que los ingleses denominan *history*. Si nos referimos, en cambio, a lo que ellos llaman *story*, que es un cuento, relato o narración, se hace evidente que *vincular los acontecimientos mediante una relación de causa-efecto no es suficiente para constituir una historia*.

Si decimos, por ejemplo, que el viento, abriendo una ventana, ha roto una lámpara, hemos dicho algo que tiene un sentido, algo cuya significación se comprende, pero se trata de un significado que así, aislado de otros, a nadie interesa. En otras palabras: no se trata en realidad de una historia. Si continuamos diciendo que la lámpara rota, derramando el combustible sobre el fuego de la estufa, ha incendiado la casa, el interés aumenta, pero le falta todavía algo para constituir una historia. La cuestión se convierte en una historia cuando nos enteramos de que el incendio ha destruido el documento que podía reparar una injusticia, pero una injusticia de la cual sabemos “todo”, porque sabemos de los pormenores que la fueron construyendo hasta llegar a constituir ese núcleo de convergencia, típico y universal, que denominamos “injusticia”.

La historia no se “arma” solamente porque la importancia del asunto aumenta, sino, sobre todo, porque su significado se generaliza en la medida en que, mediante la identificación, *puede compartirse la importancia*. Lo que ha sucedido, entonces, es “un caso”, algo particular y al mismo tiempo típico; es algo que puede suceder a todos y, por este motivo, se constituye como “un tema” universal.

Cuando, en el ejemplo precedente, comenzamos diciendo que el viento, abriendo la ventana, ha roto la lámpara, nace dentro del oyente un estado de ánimo que puede representarse adecuadamente con la palabra “¿Y...?”. Si el discurso continúa afirmando que la lámpara, al caer sobre la estufa, ha incendiado la casa, todavía se genera un “¿Y...?” en el alma del que escucha, pero en el momento en que comunicamos la destrucción del documento que reparaba la conocida injusticia, se produce una variación del ánimo que equivale a un “¡Ah!”. Una variación que señala “el final”, siempre provisorio, de la historia, completando, gracias a que tenemos la experiencia de situaciones parecidas que quedan allí representadas, lo que antes llamamos “unidad de significado”.

La significancia del significado

No debemos ahora confundirnos creyendo que el significado es algo extraño y misterioso a lo cual se le agrega una importancia. Sucede precisamente lo contrario. *El significado nace siempre de lo que llamamos importancia*.

Existe en castellano una palabra, “insignificancia”, para denominar a aquello cuyo significado se comprende y, al mismo tiempo, se comprende que no tiene importancia. La existencia de esa palabra compuesta nos señala de manera inequívoca que debe haber existido también “significancia”, que hoy no registra el diccionario, para denotar precisamente lo contrario de “insignificancia”, es decir, un significado dotado de importancia.

Tal como la teoría psicoanalítica nos muestra, los significados nacen siempre con toda su importancia, ya que lo que funciona con las pequeñas investiduras que separan al significado de la significancia es el proceso de pensamiento, destinado a los ensayos que preceden a la acción. Se trata de la misma diferencia que existe entre la capacidad simbólica de evocar una ausencia y la noticia de una presencia que se obtiene por medio del signo.

Es entonces la significancia, ya sea con la investidura plena de la acción, o con la investidura “media” del afecto, lo que establece la diferencia entre pensar y creer. Podemos pensar de muy diferentes maneras, pero vivimos de acuerdo con nuestras creencias, que no nos place poner en duda y que utilizamos para probar la veracidad de nuestro pensamiento. Nadie piensa que es imposible atravesar una pared, sencillamente lo cree, y es precisamente por eso que nunca intenta hacerlo.

Ortega y Gasset (1940) ha escrito un ensayo titulado *Ideas y creencias*, en donde aborda esta cuestión. Allí vemos cómo la discusión en torno de las ideas moviliza afectos cuyo grado de violencia revela hasta qué punto puede o no creerse en la importancia de la idea puesta en juego. Hoy suele ocurrir precisamente lo contrario. Abunda en nuestra especialidad psicoanalítica la creencia *inconciente* de que las ideas no tienen importancia. Se trata de una forma de intelectualización que se configura como *un regocijo irresponsable frente a una presunta riqueza del pensar, cada vez que se enuncian numerosas ideas contrastantes sin decidir definitivamente por ninguna*.

Esta curiosa perversión del pensamiento que se reviste con los nombres injustificados de “pluralismo ideológico” o, peor aún, de una “democracia” que no se arredra frente a la autoridad (que la experiencia otorga a quien ha sido autor), revela cuán frecuentemente se incurre en un ejercicio intelectual vacío que oculta el hecho escueto de que, en realidad, a nada de lo que se dice se le atribuye importancia de verdad. Nadie se complacería, durante una consulta médica, con el hecho, “intelectualmente” rico, de que dos cirujanos propongan, frente a la grave enfermedad de un hijo, procedimientos antagónicos irreconciliables sin esforzarse demasiado en decidir por alguno.

Acerca de afectos y valores

Hemos dicho que las cosas adquieren importancia a partir de los afectos, y esto no es un hecho obvio, porque implica afirmar que es también a partir de los afectos que se originan los valores²⁵. Inicialmente se tiende a creer que el pensamiento, y sobre todo la reflexión profunda, es lo que conduce a establecer valores a los cuales, luego, se atribuye una jerarquía de importancias. *El pensamiento puede conducir a una verdad, pero para que esa verdad se constituya en un valor, ya sea positivo o negativo, de alguna manera tiene que afectarnos.*

Podemos retomar la cuestión del sentido indirecto que planteamos antes y completar nuestro ejemplo en una dirección distinta. Si digo ahora que “hace frío” deseando que alguien cierre la ventana, es esto lo que para mí *tiene importancia porque siento* frío. Hasta tal punto es así, que si en algún momento dejo de atribuirle importancia, es porque otros afectos más poderosos, como el entusiasmo, el miedo o el enojo, pueden llegar a imponerse de tal modo *en lo que siento*, como para que a veces deje de sentir el frío. Pero *es siempre mi sentir el referente “último” que determina el “sentido” de mi lenguaje indirecto.*

La incongruencia del sentido

La ubicuidad del lenguaje indirecto determina que cuando dos personas hablan sobre un significado, siempre exista otro, más importante, que no siempre se alcanza a comprender. En otras palabras: estamos siempre hablando con un “doble sentido”. En este punto, uno podría preguntarse si es siempre necesario interpretar. Un conocido chiste relata que un analista se encuentra en el ascensor con un colega que le dice “buen día” y se pregunta: “¿Qué me habrá querido decir?”. Tal como afirma Todorov (1967), *se debe interpretar cuando nos encontramos frente a una falta de sentido y debemos dejar de interpretar cuando se restablece el sentido.*

²⁵ Tal como lo expresamos en “La paradoja, la falacia y el malentendido como contrasentidos de la interpretación psicoanalítica” (Chiozza, 1983k): “No deja de ser significativo que en un artículo que Freud escribe directamente en francés (Freud, 1893c*) utilizara como sinónimo explícito de *Affektbetrag*, traducido por ‘monto de afecto’, la expresión ‘valor afectivo’, cuyas connotaciones abandonan el terreno económico para ingresar en un campo axiológico...”.

Dado que percibir es interpretar, es imposible percibir algo que no tenga sentido. De modo que lo que llamamos absurdo, o falta de sentido, es sólo la apariencia de una falta que, como tal, no existe. Así como la indiferencia conciente oculta una ambivalencia inconciente, el sentimiento de que la vida no tiene sentido es sólo una manifestación conciente de un conflicto inconciente entre distintos sentidos.

Es necesario recordar que el sentido falta cuando algo que llama nuestra atención nos parece absurdo. No se trata de algo que no es percibido o que no tiene sentido. No existen cosas sin sentido, porque, de ser así, la atención no podría percibir las. Por lo tanto, debemos decir que se trata de un sentido “fallido”, es decir, de un sentido que no llega a la conciencia como un “sentido” sino como un absurdo “sin sentido”. Pero en lo inconciente, el “sin sentido” nunca es un “sin sentido”, sino un “contrasentido”, un conflicto entre dos sentidos contrapuestos que llega a la conciencia como incongruencia.

Cuando un analista se encuentra frente a una aparente falta de sentido, debe buscar e interpretar el sentido indirecto, es decir, el segundo sentido que, en el caso de los actos fallidos, deshace la incongruencia. Cuando la incongruencia cesa, desaparece con ella la necesidad de interpretar.

Debemos sin embargo agregar a lo que acabamos de decir que muchas veces habrá que soportar la incongruencia, ya que no siempre convendrá dedicarse a interpretar todo lo que puede ser interpretado. Frecuentemente ocurre, por ejemplo, que un paciente olvida su paraguas, y si permanecemos obsesivamente fijados a la necesidad de comprenderlo, puede suceder que los árboles nos impidan ver el bosque. Especialmente importante es tener en cuenta que cuando el paciente se comunica mediante alteraciones del encuadre, como cuando, por ejemplo, paga los honorarios con retraso, interpretarlo es legitimar ese lenguaje. En esos casos conviene optar por aceptar la situación o por establecer firmemente que se trata de una transgresión inaceptable, en lugar de comportarse como si estuviéramos frente a cualquier otro material interpretable.

La interpretación psicoanalítica

Hemos hablado de la significación y de la interpretación pero todavía no hemos definido a la interpretación psicoanalítica. No es suficiente con decir que concierne a un segundo sentido, o a un “doble” sentido oculto, porque eso no se encuentra sólo en el encuadre del proceso psicoanalítico, sino que, por lo contrario, es ubicuo en nuestra vida. Podemos, en una pri-

mera aproximación, decir que una interpretación psicoanalítica es la que sustituye un significado conciente por otro, inconciente, resistido por haber sido reprimido. Deberíamos agregar enseguida que *no se trata de un significado inconciente cualquiera, sino de uno que posee actualidad*.

Aclaremos que “*actualidad*” *no es lo mismo que “presencia”*. De acuerdo con lo que establece la teoría psicoanalítica, podemos reducir los referentes de cada discurso a tres fundamentales. El recuerdo (que, desde un punto de vista metapsicológico, es también un deseo, ya que ambos se constituyen como recarga de una huella mnémica), la sensación “somática” (es decir, algo que se clasifica como corporal, como sucede, por ejemplo, con el frío o con el hambre) y la percepción (que en sentido riguroso sólo refiere a los objetos del mundo que llamamos físico). Cada sentimiento, cada actitud, cada pensamiento, siempre podrá ser comprendido como una combinación de esos tres referentes.

Cuando algo es “material”, y está “presente”, es porque se lo percibe por medio de los sentidos y posee lo que el psicoanálisis denomina “*signos de cualidad sensorial*”. La llamada “percepción interna”, o de los procesos de conciencia, es siempre secundaria, ya que depende de los “*signos de descarga lingüística*”, que provienen de su ligadura con los restos mnémicos de la percepción, y que son los que nos permiten establecer la categoría de lo que denominamos “mental”. (No es sólo el superyó, por lo tanto, el que habla con palabras oídas, sino que todo recuerdo, deseo o pensamiento que se hace conciente lo logra gracias a los restos mnémicos de la percepción, fundamentalmente acústicos, pero también visuales.)

En cuanto a las sensaciones que llamamos “corporales” y que permanecen indisolublemente unidas a lo que denominamos afectos, hasta el punto que precisamente tales sensaciones constituyen su característica más importante, podemos decir que se manifiestan mediante “*signos de actualidad*”, los cuales cumplen, para el caso de la sensación, una función análoga a la que cumplen los signos de cualidad sensorial para las percepciones.

De modo que, en lo que respecta a la teoría psicoanalítica, *actualidad no equivale a presencia*. Presente es aquello que se percibe materialmente, en el mundo, y actual es lo que actúa desde la sensación, sobre el cuerpo. Un alfiler presente puede producir entonces un dolor actual. Dado que los afectos son actuales, es necesario tener en cuenta que, en última instancia, *psicoanalizar lleva implícito prestar más atención a la actualidad que a la presencia*.

Podemos volver ahora sobre la definición de la interpretación analítica para agregar que el segundo significado, resistido, debe *siempre ser*

actual, mientras que, al mismo tiempo, *se transfiere sobre la imagen de un objeto materialmente presente*. La transferencia, de hecho, se realiza siempre sobre el analista precisamente porque el analista es el único que está presente allí.

Actualidad y significado en la teoría de la transferencia

Recordemos que la palabra “transferencia” ha sido utilizada por Freud con dos alcances diferentes. En la primera acepción, “transferencia” es el desplazamiento que ocurre cuando *una representación inconciente “transfiere su intensidad” sobre una representación preconciente*. La experiencia clínica cotidiana nos muestra que la representación preconciente que por lo general atrae sobre sí una tal investidura (que tiene todas las características de *un afecto que se manifiesta mediante sensaciones corporales*) es la que corresponde a un objeto presente a la percepción. Podemos decir esto mismo afirmando que si un hombre sale de su casa muy enojado, es muy posible que descargue su enojo con “el primero que encuentre”. A veces será un vecino, y otras, la puerta de su propio automóvil.

También el analista “está allí”, y por esto es el objeto privilegiado de la transferencia, así como sucede con el empleado que atiende en la ventanilla del banco y recibe la transferencia de quien, debiendo pagar una boleta de impuestos, está enojado con la Municipalidad.

La transferencia, por lo tanto, no es algo que sucede solamente en la sesión psicoanalítica, sino que es algo general. Existen, desde luego, circunstancias típicas de la sesión psicoanalítica. Por ejemplo, el uso del diván, el hecho de que el analista “no se ve”, las interpretaciones, el hecho de que la motricidad esté bloqueada por la regla de la abstinencia, etc. Todo eso es propio de la sesión, y describirlo en detalle significaría ocuparse del encuadre, es decir, del marco que disponemos para disminuir la complejidad de la experiencia. Así como un científico establece un encuadre cuando, para establecer una estadística, homologa las variables, también nosotros *fijamos un encuadre para “limpiar” nuestro campo de observación*.

En la segunda acepción del término “transferencia”, nos referimos a la neurosis de transferencia, también descrita por Freud. No se trata de la transferencia que se hace sobre el analista por el solo hecho de que “está allí”, sino de la que ocurre aun cuando no esté. Es *la transferencia que se realiza sobre la representación preconciente de un analista que se recuerda*, más allá de si en ese momento se lo percibe o no. Condensa,

en un momento dado, toda una historia de la relación con él. De hecho, a medida que se progresa en el vínculo psicoanalítico, esta transferencia actual se superpone sobre el pasado histórico y forma una “nueva” historia (la neurosis de transferencia) que puede asumir un lugar tan central en la vida del paciente como para hacer posible que el analista sustituya (aunque sea transitoriamente) los objetos más importantes de la vida del paciente.

No siempre es así. La estructura de la neurosis de transferencia no es igual para todos, porque depende, entre otras cosas, también de la posibilidad de mantener una *continuidad de significado* entre esa “nueva” historia y aquella otra diseñada con la sumatoria de los objetos pretéritos de la transferencia (la madre, la tía, el maestro, el primer amor, el marido, etcétera).

Woody Allen pone en boca de un personaje de uno de sus filmes, que “el hombre no es feliz hasta que no encuentra una mujer que represente a su propia madre, y después de haberla encontrado, revive con ella toda su frustración infantil”. También el paciente viene al análisis para repetir, pero nos trae además su necesidad de cambiar.

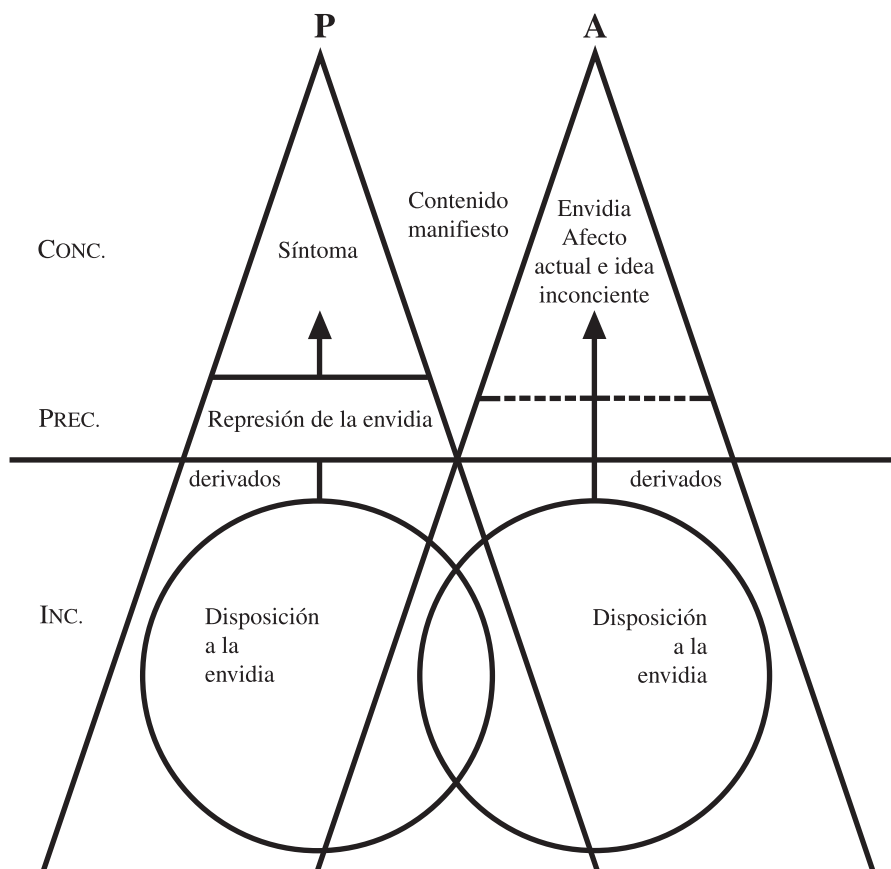
Hemos visto que la verdadera interpretación es la que contiene la actualidad con toda su importancia. Esta concepción nos lleva a considerar dos inconvenientes analíticos.

El primer inconveniente ocurre cuando el afecto es demasiado escaso. El paciente piensa más, comprende más, aprende más. Habla de la identificación proyectiva, de la transferencia, de la relación sadomasoquista que su madre tenía con él, pero no cambia, porque todo lo que aprende “es sólo intelectual”. El segundo inconveniente sucede cuando el afecto es excesivo. La descarga, entonces, ocurre a través de las mismas representaciones, después de lo cual nada ha cambiado, porque la catarsis que lo alivia transitoriamente no modifica la estructura de sus fantasías inconscientes.

La zona en la cual se puede trabajar es una zona intermedia que va entre la ineficacia por defecto y lo intolerable por exceso. El hecho de que la descarga afectiva no sea completa en esas condiciones determina la verdad del aserto freudiano acerca de que el proceso analítico se desenvuelve en una atmósfera de frustración.

Origen y enunciado de la interpretación

Llegamos ahora a la posibilidad de preguntarnos: ¿cómo nace y cómo se formula la interpretación psicoanalítica?



En el esquema que reproducimos, el ángulo A representa al analista y el ángulo P al paciente. Solemos decir que el preconciencia (Prec.) del analista tendrá en algún sector una represión menor que en el paciente gracias a su *training*, que le ha hecho obtener aquello que, eufemísticamente, llamamos “preconciencia más permeable”.

Supongamos que en el inconciencia (Inc.) del paciente una particular disposición afectiva prefijada, que todos tenemos, ha recibido una investidura. Si se descarga la investidura de esa particular disposición, lo que llegue a la conciencia será, en este caso, el afecto específico que llamamos “envidia”. Vale la pena recordar ahora que el afecto envidia no existe como tal en lo inconciencia, lo que allí existe como actualidad es sólo la disposición para ese afecto. Tal disposición es una idea inconciencia, una clave de inervación predispuesta para ser investida por un “montante de afecto”. Sólo *cuando la investidura se descarga con*

la particular figura de esa clave de inervación, la envidia, como afecto, se actualiza.

Si nuestro hipotético paciente es un hombre al cual le desagrada mucho el experimentar esos sentimientos, y los reprime, la investidura de la clave, buscando su descarga, se desplaza sobre otras representaciones inconcientes, y lo que hubiera debido llegar a la conciencia como el afecto envidia, es sustituido en ella por otros derivados. Así puede constituirse *un síntoma que es un equivalente del afecto envidia, dado que ocurre “en su lugar”*.

Sabemos que cada uno de los tres “niveles” de conciencia (Conc., Prec. e Inc.) del paciente se comunica, en distintas proporciones, con cada uno de los tres del analista y viceversa. Mientras el paciente de nuestro ejemplo podría contar en la sesión cómo le ha hecho mal “al hígado” el chocolate que ha comido la noche anterior, cuando miraba las fotografías de las últimas vacaciones en Asia del cuñado, en el inconciente del psicoanalista podría reactivarse su propia predisposición a la envidia, contagiada “simpáticamente” por la investidura que opera en el inconciente del paciente. Si esto sucede en la sesión, es posible que en la conciencia del psicoanalista, gracias a que su preconciente es más permeable, aparezca, con investiduras pequeñas, *una “muestra” del afecto envidia que adquiere la forma de lo que llamamos “ocurrencia”*, y de ser así, podríamos decir que ha comprendido el significado del síntoma. Lo esencial de la interpretación, su núcleo “oniroide” primitivo, nace siempre de este modo, como producto de *una atribución de sentido que surge de una contratransferencia inconciente*.

La interpretación, por lo tanto, nace a través de una primera atribución de sentido, a partir de la cual, según suele pensarse, uno debería utilizar el pensamiento racional para evaluar el “evento contratransferencial” y llegar, de este modo, a formular una interpretación. Racker sostenía que no todo lo que el analista sabe es necesario o conveniente que lo sepa el paciente y, aunque no lo afirma explícitamente, parece surgir de sus palabras que el analista debe reflexionar al respecto mientras se dispone a interpretar. Lo mismo podría pensarse de las afirmaciones de Liberman (1962) acerca de los distintos estilos comunicativos que dependen de las distintas estructuras psicopatológicas y que el analista deberá tener en cuenta a la hora de decidir qué es lo que deberá decir a su paciente.

Pero en 1966, en un trabajo titulado “El uso del pensamiento lógico en la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia” (Chiozza y colab., 1966b), decíamos que todas estas consideraciones pueden realizarse durante un seminario, una supervisión o una discusión entre colegas, pero no durante el proceso de formular la interpretación frente al paciente.

En otras palabras: *si el camino que va del suceso contratransferencial a la interpretación no lo recorre de un modo automático el preconciente de un psicoanalista que, gracias a su formación, se ha estructurado de una particular manera, la reflexión conciente, en ese tiempo y lugar, no resuelve “el problema”*. En una situación como ésta es preferible esperar procurando, mientras tanto, conservar en la conciencia las ocurrencias surgidas.

Acerca de la “formación” analítica

Es necesario decir dos palabras acerca la formación psicoanalítica. *Es sobre todo psicoanalizándose donde se aprende a psicoanalizar*. La mayor parte, y sin duda alguna lo esencial, de lo que sabe un analista, lo aprende durante su propio análisis, ya que el tipo de saber que necesita adquirir es un saber vivencial que no puede ser sustituido por el saber intelectual.

La formación que se adquiere en el propio análisis es muy difícil de cambiar. Esto se parece mucho a lo que ocurre durante la infancia con la formación del carácter. El *training* analítico se logra fundamentalmente psicoanalizándose, ya que es allí donde se adquiere esa particular permeabilidad del preconciente de la cual antes hablamos.

La formación se continúa en las supervisiones, que preferimos llamar ejercicios teórico-clínicos porque en realidad no es cierto que “se supervisa” algo. No sucede como en una fábrica en la cual, sobre un producto, se pone un sello que certifica la calidad de lo supervisado. Quien psicoanaliza al paciente es el alumno, y el pretendido supervisor sólo puede influir de manera muy indirecta en la calidad del producto. Más aún, forma parte de un buen *training* analítico que el alumno comprenda cuanto antes que debe hacerse cargo de la responsabilidad de su tarea.

En otros tiempos se denominaba “análisis de control” a lo que hoy suele llamarse “supervisión”. La antigua denominación, cuestionable en cuanto a que la tarea realizada tampoco es un control, tenía sin embargo una ventaja. Subrayaba el hecho cierto de que esa parte del *training* funciona, se lo admita o no de una manera conciente, como un segundo psicoanálisis.

Lo cierto es que *durante los ejercicios teórico-clínicos el “maestro” opera más sobre el alumno que sobre su paciente*. ¿No son acaso los propios escotomas del alumno los que le impiden interpretar mejor? Ocurre muy frecuentemente, por ejemplo, que cuando el alumno comprende algo que él mismo había reprimido, suele encontrarlo también en sus otros pacientes que, por decirlo de algún modo, “estaban esperando” que fuera capaz de interpretarlo.

Conviene señalar cuatro circunstancias que nos ayudan a comprender mejor la índole y la magnitud de la tarea que debe realizarse durante los ejercicios teórico-clínicos:

- 1) El trabajo analítico se ejerce *psicoanalizando el vínculo* que se desarrolla durante las sesiones.
- 2) La transferencia y la contratransferencia, influyéndose recíprocamente, cristalizan en ese *producto “integrado” que denominamos “transferencia-contratransferencia”*.
- 3) La transferencia-contratransferencia se constituye alrededor del punto de confluencia en el cual *el paciente y su psicoanalista comparten sus propios “puntos de urgencia”*.
- 4) Durante los ejercicios teórico-clínicos se reproducen, en el vínculo que se establece entre discípulo y maestro, las mismas condiciones de transferencia-contratransferencia que describimos en el párrafo anterior.

Sólo a partir de una formación de base como la que describimos, se podrá reflexionar sobre la teoría, sobre el diagnóstico, sobre métodos mejores para interpretar, sobre cómo formular las interpretaciones, etc., de una manera fructífera que pueda ayudar a mejorar la capacidad clínica.

Falta agregar todavía que el aprendizaje deliberado que llamamos *training*, de un modo análogo a lo que ocurre con el tenis o con el piano, debe reservarse para los intervalos entre una y otra sesión del tratamiento. Reflexionar acerca de lo que estamos haciendo mientras lo estamos haciendo es tan perturbador para la tarea de psicoanalizar como lo sería para jugar un partido o ejecutar un concierto. Nuestra tarea siempre empieza, de más está decirlo, en el “ahora” de lo que el paciente está diciendo, y *cada vez que se nos escapa su significado inconciente, deberemos recuperar la libertad de estar dispuestos para la próxima vez.*

La consideración de las fuerzas en pugna

Volvamos ahora a nuestro esquema. En condiciones óptimas, el preconciente del analista, frente a lo que ocurre, no sólo le permite comprender lo que el paciente reprime, sino también el motivo por el cual lo reprime. Aceptemos la hipótesis de que la honorabilidad del paciente es lo que le impide hacer conciente un sentimiento “tan vil” como la envidia. La honorabilidad, que se constituye de una manera yoica o superyoica, es también un afecto. En este caso, en el cual entra en conflicto con la envidia, motiva

la represión. A veces esta honorabilidad no es conciente en el paciente, ya que *también lo represor puede quedar reprimido*, pero, en las condiciones que llamamos óptimas, el analista, porque no reprime de la misma manera, puede comprender por qué el paciente no acepta la envidia, y esta “*sensibilidad*” *hacia los motivos que sostienen la defensa* del paciente lo lleva a una interpretación más tolerable y, por consiguiente, menos dolorosa.

La fuerza con la cual se reprime una pulsión proviene siempre de alguna otra pulsión. Suele decirse que la primera opera desde el ello y la segunda desde el yo o el superyó, pero no es forzoso que en todos los casos sea así, ya que el yo puede disociarse y el superyó puede también representar al ello. Si el síntoma es una transacción entre las fuerzas en pugna, queremos psicoanalizar en la medida en que pensamos que el precio que el paciente paga en sufrimiento por esa transacción, es demasiado elevado. Nuestra interpretación, por lo tanto, se encamina a sustituir esa transacción por otra más ventajosa que, de acuerdo con Freud, cambie al sufrimiento neurótico por el que es normal en la vida (Freud y Breuer, 1895d*). *La interpretación será entonces tolerable y suficiente en la medida en que considere a todas las fuerzas en pugna.*

Tal como ya lo expresamos en distintas ocasiones, en condiciones óptimas *la interpretación adecuada* para un determinado paciente, surge “ya formulada” en la conciencia del psicoanalista gracias a que su preconciente se “permeabiliza” durante una formación psicoanalítica *que no se interrumpe*. Otras veces, y de la misma manera, lo que surge es un *silencio adecuado*. Cuando el psicoanalista ha aprendido a reconocer el estado en el cual ambas cosas ocurren, ha aprendido también a esperarlo, y se defiende mejor de interferencias tales como “no dejar pasar un material importante” o “dejar al paciente esperando una interpretación que no viene”, que suelen perturbar el proceso.

Los cambios en la teoría de la técnica

Podemos, muy esquemáticamente, individualizar dos etapas en la teoría de la técnica.

Una vez abandonadas la época de la hipnosis y la de la sugestión en estado de vigilia, y utilizando como técnica la interpretación de las asociaciones libres, Freud inició la primera etapa sosteniendo, a propósito del “caso Dora”, que debe interpretarse explícitamente la transferencia sólo cuando el material falta en razón de una resistencia de transferencia. Aunque él mismo dijera que finalmente todo debe ser batallado en la transferencia, cuando el

paciente asocia, el analista debe *interpretar, a través de la atención flotante, el significado inconciente de aquello que el paciente le relata sobre los personajes de su historia*. El paciente, por ejemplo, podría decir: “Ayer me peleé con mi mujer porque me pedía que fuéramos al cine, pero yo le dije que estaba cansado de someterme”. El analista, entonces, podría interpretar: “Usted ha dicho que estaba cansado de someterse a sus deseos, pero lo que tenía en mente era una venganza por la ofensa de la semana anterior”.

Este primer desarrollo de la teoría de la técnica ha sido seguido por muchos años y por muchos analistas. Freud mismo inició la apertura de un segundo camino cuando se dio cuenta de que con Dora había ocurrido algún error porque, aunque se producía material analítico, la resistencia transferencial fue creciendo de tal modo como para que por fin Dora interrumpiera el análisis. A partir de este punto, Klein propuso *interpretar la transferencia de manera explícita y continua desde la primera sesión*. Racker, que trabajó mucho sobre la contratransferencia, desarrolló ese camino. Por este motivo, muchos nos formamos teniendo muy presente la idea de que cualquier cosa que el paciente diga durante la sesión se refiere a su psicoanalista. En esta segunda etapa de la técnica, si, por ejemplo, el paciente dice: “Anoche me he peleado con mi mujer”, el analista podría interpretar: “Usted me cuenta acerca de la pelea con su mujer para aludir a lo que siente aquí y ahora conmigo”. (Subrayemos, de paso, que el error más común desliza la interpretación hacia algo parecido a: “Usted no está peleado con su mujer, sino conmigo”).)

A esas dos etapas, desarrolladas en el curso de los años, nos parece pertinente agregar una tercera que, en lo esencial, consiste en realizar, conservando el orden de su sucesión, los dos puntos que a continuación exponemos:

- 1) *Interpretar la transferencia en silencio*. (Equivale a pensar: “El paciente me cuenta lo que cuenta ahora, porque eso, reactivado en mi presencia, es actual; lo siente aquí y ahora conmigo”).) Una interpretación que el analista “piensa” en silencio influye inevitablemente sobre su contratransferencia y, por lo tanto, sobre la transferencia del paciente, ya que si aceptamos que la transferencia influye de tal modo al analista como para que llamemos a su respuesta “contratransferencia”, deberemos admitir, en virtud de ese mismo principio, que también la contratransferencia influye sobre la transferencia.
- 2) *Formular la interpretación, para su comunicación verbal, utilizando un lenguaje indirecto, que omite referirse explícitamente a la persona del psicoanalista*. La expresión “lenguaje

je indirecto” se refiere a utilizar la alusión, como lo hace, por ejemplo, el paciente, cuando utiliza los personajes del relato para aludir indirectamente a lo que siente frente a su psicoanalista. Señalemos, de paso, que tanto las alusiones indirectas del paciente, como sus sentimientos, adquieren en él, en distintas situaciones, distintos grados de conciencia.

¿Cuáles son las ventajas de esta modalidad interpretativa? Comencemos por resumirlas diciendo que permite una buena “*dosificación*” de la intensidad del afecto implicado, lo cual equivale a impedir o postergar el desarrollo de una resistencia y una contrarresistencia excesivas.

Cuando se interpreta en forma continua de la manera que hemos caracterizado como propia de la segunda etapa, el paciente y el analista terminan por hablar siempre acerca “de ellos”. Aunque la interpretación logre cambiar algunos de los sentimientos “transferidos”, siempre aparecerán, en su lugar, otras transferencias. De modo que la intensidad del afecto tiende permanentemente a aumentar, mientras la transferencia va perdiendo progresivamente su carácter de “como si”. Más tarde o más temprano, el paciente se encontrará en una situación parecida a la que se daría si estuviera psicoanalizándose, por ejemplo, con su padre, lo cual aumenta la resistencia hasta un punto casi insuperable. En la contratransferencia, aunque con menor intensidad, ocurre entonces algo similar, porque el analista, a través de su interpretación, obtiene una respuesta tan “investida” transferencialmente, que tiende a hacerlo sentir como si le interpretase a un hijo suyo.

Es obvio que esto no se mejora con el expediente ingenuo de querer aclararle al paciente, a último momento, que el analista “sólo representa” al padre odiado y que lo que el paciente siente no es de veras actual, sino una injustificada repetición de la historia. Como decía Freud, no podemos convocar los demonios del Averno y pretender luego mandarlos de vuelta sin haberlos interrogado (Freud, 1915a [1914]*).

La situación mejora menos aún si pretendemos volver a la primera etapa y, desestimando la transferencia, nos dedicamos a profundizar en el significado inconciente de las vicisitudes que el paciente experimenta en el vínculo con sus objetos. Allí corremos el riesgo de engañarnos, ingenuamente, mientras creemos comprender, desde una presunta sagacidad, desgracias, injusticias, defectos o virtudes. Sólo la transferencia-contratransferencia nos aporta, con la riqueza vivencial imprescindible, las dos voces del litigio.

Nos falta describir todavía la actitud interpretativa que, dentro de la modalidad interpretativa que proponemos, deberá asumirse cuando es el

paciente mismo quien verbaliza sus sentimientos hacia el psicoanalista. Podemos *distinguir dos situaciones*.

La primera sucede cuando el paciente, como respuesta a una interpretación indirecta, se expresa en términos equivalentes a: “Creo que esto me está ocurriendo con usted”. En ese caso, bastará con agregar algo parecido a la expresión “naturalmente”, porque las palabras del paciente nos muestran que el hacer conciente el afecto transferido le resulta tolerable.

La segunda se da cuando el paciente se refiere directamente al analista sin que haya mediado, previamente, una interpretación. Se trata de una situación que puede quedar representada, por ejemplo, en las palabras: “Así no puedo seguir, se me hace muy difícil, su amabilidad me suena falsa, en el fondo lo siento frío y despectivo”. Sería inútil entonces decirle algo equivalente a: “Usted me siente del mismo modo en que lo sentía a su padre”, ya que, aunque el paciente puede tal vez aceptar la verdad de lo que el analista le dice, eso no cambia su convencimiento acerca de lo que siente hacia él. En ese caso, nuestra actitud interpretativa no puede ser otra que la de permanecer en silencio mientras el paciente no altere el encuadre, ya que, cuando hablamos, nuestras palabras provienen del mismo objeto que ha recibido precisamente ese tipo de transferencia que llamamos “masiva”. Si en cambio el paciente altera el encuadre, nuestro hablar ya no será “interpretar”, sino que deberá obedecer al propósito de restablecerlo.

Este tema se presta para aclarar otro punto importante. Es necesario evitar que el paciente confunda el asociar libremente con el decir lo que se le ocurra. No es lo mismo decir, por ejemplo, “Usted es un estúpido”, que decir: “No sé cómo decirlo... porque me parece un poco violento. Dentro de las cosas que he pensado se me ocurrió la idea de que usted es un estúpido. Me... me disgusta decirlo”. Podemos considerar que la segunda forma de expresión corresponde a una asociación libre, mientras que la primera es una perturbación del encuadre, análoga a la que ocurriría si un niño, en una sesión de análisis, dibujara sobre la pared en lugar de dibujar en el material apropiado.

Es necesario recordar que también con las palabras se puede alterar el encuadre. Creer que esto no es posible equivale a creer que las palabras no tienen ninguna importancia. Si decimos que con las palabras se puede curar, entonces creemos también que con las palabras se puede dañar, y si dejamos que el paciente transgreda verbalmente el encuadre, le estamos diciendo que no creemos en el valor de las palabras.

La asociación libre, lo ha dicho muy claramente Freud (1913c*), se produce cuando uno se coloca como si estuviera frente a la ventanilla de un tren y va describiendo con palabras todo lo que ve pasar, sin cancelar nada,

aunque parezca banal. Ese asociar libremente es algo que hoy “no se encuentra a menudo”, porque no se le presta suficiente atención. No siempre queda claro, por ejemplo, que si el paciente piensa algo y después hace un resumen, ya no se trata de una asociación libre. Cuando un paciente habla de lo que está pensando, mientras lo está pensando, no necesita resumir, porque el flujo de su pensamiento coincide con el flujo verbal.

Subrayemos entonces que cuando el paciente habla directamente de cuanto sucede entre él y el analista, es oportuno callar o restablecer el encuadre. El lenguaje de la interpretación formulada debe ser, como el que se ejerce en la vida, fundamentalmente indirecto. Podríamos imaginar el proceso analítico como una reacción química que se produce por medio de un catalizador. El catalizador es el analista que, idealmente, deberá entrar para volver a salir.

**RECUERDO, REPETICIÓN Y
ELABORACIÓN EN LA CRISIS
ACTUAL DEL PSICOANÁLISIS**

(1998 [1994])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995/ [1994]) “Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis”.

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, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 341-356.

El texto del presente trabajo corresponde a una conferencia dictada en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 16 de agosto de 1994.

¿En qué consiste la crisis?

Parece haber acuerdo general acerca de que el psicoanálisis atraviesa una crisis, aunque es difícil ponerse de acuerdo acerca de en qué consiste esa crisis, cuál es su profundidad y cuáles son sus motivos. No se trata, evidentemente, de una crisis que sólo abarca el ámbito nacional, ocurre en todo el mundo, con distintos apoyos y con distintas formulaciones. Es cierto que hoy *nadie cuestiona el valor de la contribución de Freud*, ampliamente reconocido en todos los ámbitos, pero *no pasa lo mismo con el procedimiento psicoanalítico, especialmente cuando se lo aplica al tratamiento de pacientes*. Allí muchas y muy diferentes psicoterapias, llamadas alternativas, que apuntan en distintas direcciones, se disputan el terreno que pocos años antes pertenecía al psicoanálisis.

Las objeciones al procedimiento giran habitualmente alrededor de la duración del tratamiento y de la frecuencia con que deben realizarse las sesiones, ya que respetar esos parámetros implica una importante inversión de tiempo y de dinero. En otras palabras, se aduce que la relación costo-beneficio arroja un saldo negativo. Creo que avanzamos un paso si tenemos en cuenta que la idea de costo lleva implícita, en este caso, la idea de un esfuerzo excesivo.

También suele plantearse la cuestión de si es necesario, o no, utilizar el diván. El diván, de manera conciente o inconciente, alude a lo que en psicoanálisis se llama “regresión”, es decir, el retorno a formas pretéritas de funcionamiento, generalmente infantiles, hoy abandonadas. La regresión queda asociada a la dependencia infantil, a un número elevado de sesiones semanales y a un tratamiento prolongado. Frases como “hacés diván” o

“no hacés diván” han pasado a ser prototípicas de nuestra época; se habla entonces del tratamiento “cara a cara”, de frecuencias mucho menores, de métodos breves, acotados en el tiempo.

La cuestión fundamental reside, sin embargo, en que la dirección de la síntesis ya no es abandonada a lo inconciente, como proponía Freud, sino que en la mayoría de las terapias alternativas se sigue un camino deliberado hacia una finalidad determinada, se gira en torno de un problema particular y se define un objetivo. La distancia que existe entre las terapias que se apoyan, cada día más, en finalidades concientes, y el procedimiento diseñado por Freud, es enorme. Su artículo “Recuerdo, repetición y elaboración” (Freud, 1914g) nos permitirá mostrarlo y, al mismo tiempo, nos ayudará a comprender los motivos de la crisis actual del psicoanálisis.

Las cosas que Freud dice en este pequeño artículo son muy importantes. Allí menciona por primera vez, por ejemplo, la compulsión a la repetición. Llama la atención que escriba, en los últimos párrafos: nos falta hablar de una cuestión, dado que la hemos puesto en el título (Freud, 1914g). Es como si hubiese querido decir: si no me hubiera comprometido, en el título, no me ocuparía de eso ahora. El asunto del cual no se ocuparía es la elaboración. Ocupémonos un poco de los otros dos asuntos, el recuerdo y la repetición, antes de introducirnos en el tema de la elaboración.

Acerca del repetir y el recordar

Freud señala que el objetivo del análisis fue, ya desde la época de la hipnosis, desde un punto de vista descriptivo, llenar las lagunas mnémicas y, desde un punto de vista dinámico, vencer las resistencias. Sostiene que hemos de agradecerle al método hipnótico el habernos mostrado de manera transparente algo que, por más que nos hayamos internado luego en las complejidades de la teoría y de la técnica, nunca perdió la claridad conceptual que había adquirido: el saber que teníamos que *recuperar el recuerdo*.

También escribe en este artículo que el olvido es un bloqueo, que las cosas olvidadas no han desaparecido, sino que, por el contrario, continúan existiendo en lo inconciente. Agreguemos que es realmente importante comprender que lo reprimido está detrás de una pared transparente, es decir que *cuando se reprime se pierde la noción de la importancia de lo reprimido pero no la noción de su existencia*.

Los recuerdos perdidos por obra de la amnesia infantil son sustituidos –dice Freud (1914g*)– por recuerdos encubridores, de modo que la amnesia no aparece como una “pobreza” mnémica. Los recuerdos encubridores man-

tienen, con los que sucumben a la amnesia, una relación semejante a la que mantiene el contenido manifiesto del sueño con los pensamientos oníricos.

El punto central de lo que Freud plantea consiste, como ustedes saben, en que lo que no se puede recordar, porque es traumático, tampoco se abandona, y vuelve. Pero vuelve como una repetición, y en este punto la transferencia queda ligada a la idea de repetición. Surge entonces el tema de la compulsión a la repetición, y Freud señala una de las cuestiones más fundamentales de su teoría: “*no debemos tratar a la enfermedad como un episodio histórico sino como un poder actual*” (Freud, 1914g*, pág. 143).

Es obvio que cuando el analizado repite en lugar de recordar, no basta con hacerle conciente la repetición, es necesario hacerle conciente el recuerdo. Pero en torno de esta cuestión aparece un elemento fundamental que constituye el centro de lo que Freud señala: el analista principiante confunde el comienzo del análisis con el proceso en su totalidad. En otras palabras, confunde al *insight* con la elaboración. Cuando se ha comprendido algo, sobre todo si se ha vencido una resistencia y ese algo llega a la conciencia con el afecto correspondiente, una parte del proceso analítico se ha cumplido, pero en realidad *la unidad del proceso analítico no es el insight sino la elaboración*. Únicamente la elaboración va a producir ese proceso mutativo que no sólo aparece en el paciente, también aparece en la cultura. Recordemos lo que Freud decía: *un día las mismas personas piensan distinto sobre los mismos asuntos, ¿qué ha pasado mientras tanto? Difícil es decirlo, hay que tener paciencia y saber esperar* (Freud, 1910d*). Freud lo decía refiriéndose a una cultura reacia a la teoría psicoanalítica, pero en el consultorio, entre el psicoanalista y su paciente, pasa exactamente lo mismo. Nos hemos acostumbrado a llamar paciente al psicoanalizando, a pesar de que el que necesita hacer mayor uso de la paciencia que requería Freud es precisamente el psicoanalista.

Percepción, sensación y recuerdo

Freud subrayó más de una vez que los derivados que encontramos en la conciencia se originan en tres tipos de fenómenos: el recuerdo, la sensación (llamada a veces sensación somática) y la percepción. No es casual que la percepción, la sensación y el recuerdo sean, también, los referentes obligados de cualquier discurso. Todo discurso se refiere, en última instancia, a uno, por lo menos, de esos tres fenómenos.

La palabra “sentido”, que tantas veces usamos los psicoanalistas, sobre todo para referirnos a lo que Freud define como sentido en *Psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, 1901b*), es decir, la pertenencia a una serie

psíquica, posee, significativamente, tres referentes. Recordemos que “sin sentido”, o absurdo, es lo que permanece aislado de una serie psíquica, y dotado de sentido, es decir, significativo, lo que puede ser incluido en una de esas series.

La palabra “sentido” reúne, entonces, tres denotaciones que coinciden con los tres referentes del discurso que mencionamos antes. Se la usa para referirse a lo que se siente, es decir, lo que podríamos llamar la sensación “somática”, ya que el afecto, en última instancia, se experimenta principalmente como sensación “somática”. También se llama sentido a la dirección hacia la cual se encamina la marcha, se trata de una trayectoria que se realiza en el mundo de la percepción. Por fin, sentido es, también, significado, y el significado se constituye, siempre, en función del recuerdo.

Cada uno de los tres referentes que mencionamos establece un tipo particular de relación con la noción tiempo. *La sensación somática corresponde al tiempo presente*, es algo actual que experimento ahora. *El recuerdo posee significado en función de un tiempo pretérito*. Lo que otorga significación a la escena recordada reside en la capacidad de revivir ahora los afectos y las importancias que acompañaron a esa escena en aquel entonces del recuerdo. La percepción de los objetos que encuentro en el mundo depende tanto de los deseos que me encaminan hacia ellos, como de las dificultades y los temores que encuentro cuando procuro satisfacerlos. Pero son precisamente los deseos y temores los que, aunque metapsicológicamente son recuerdos (recargas de huellas mnémicas), dibujan el tiempo que llamamos futuro. De manera que *la percepción busca un camino futuro para el reencuentro de la escena pasada que el deseo recuerda, procurando transformar la sensación somática que en el presente actúa*.

Presencia, actualidad y significación

No es lo mismo actual que presente, aunque generalmente se los confunde y se habla, por ejemplo, indistintamente, de “la hora actual” o de “la hora presente” *para referirse a lo que, en estricta propiedad, se llama “ahora”*. Lo actual (la palabra deriva de “acto”) tiene que ver con un tipo particular de importancia que no deriva de la percepción sino de la sensación. *“Actual” es lo que actúa, en nosotros, como una sensación “somática”; “presente”, en cambio, es lo que se presenta, a la percepción, constituyendo una presencia*.

Es más: Freud estableció, ya desde sus primeras obras, que la conciencia posee un órgano (obviamente no se refería a un órgano “anatómico”),

una especie de oficina etiquetadora metafórica que a todo lo que entra por la percepción le pone un sello. El sello significa: “Entró por la percepción, está presente”. Es claro que cuando se trata de una alucinación la oficina se equivoca, pero todo lo que es vivido como presente tiene lo que Freud llamaba “*signo de cualidad perceptiva*”.

Una especie de par complementario de ese signo fue mencionado por Freud una sola vez, pero el concepto es de la mayor importancia. Se refiere a un “examen de la actualidad” que lleva, implícita, la idea de un “*signo de actualidad*”, una “etiqueta” que se aplica a los productos de la sensación somática. Nos falta un tercer signo, aplicable, esta vez, a los recuerdos. ¿Acaso la teoría psicoanalítica lo postula? Freud planteó la existencia de “*signos de descarga lingüística*”, aplicables a los recuerdos y a los procesos cogitativos. Se trata de restos mnémicos de anteriores percepciones (principalmente acústicas, pero también visuales), ligadas a las representaciones preconcientes de palabras, que serán utilizados para “hacer conscientes” representaciones inconcientes que, de no ser así, carecerían de cualidad perceptiva. Sin embargo, el hecho de que Freud los denominara “signos” permite suponer que funcionan como reconocedores del carácter “mental” de los recuerdos y de los procesos cogitativos que desarrollamos a partir de los recuerdos.

Así como *la actualidad proviene de la sensación y la presencia de la percepción, la significación proviene del recuerdo*. Cuando vemos una pipa, sabemos que está allí, frente a nosotros, porque sabemos que la vemos y que no la imaginamos. Sabemos, además, que es una pipa, porque recordamos lo que una pipa es, y si hemos reparado en su presencia es porque una pipa como ésa nos importa, es decir que, frente a ella, algo sentimos.

Existen también *tres maneras de conocer* que se distinguían antiguamente con tres palabras diferentes: *scire, sapere y experior*. La primera manera corresponde a lo que se sabe por lo que se oye decir; la segunda, a lo que se sabe porque alguna vez se lo ha sentido, y la tercera, a lo que se sabe porque se lo ha experimentado muchas veces.

Cada una de estas tres formas del saber (y del proceder en consecuencia) *suele quedar representada*, respectivamente, *mediante la función del cerebro, del corazón y del hígado*. Suele decirse, por ejemplo, que un hombre es cerebral, para significar que en él predomina lo que piensa, o que tiene un gran corazón, aludiendo a que se deja llevar por lo que siente, o, también, que tiene el hígado frío, para expresar que es capaz de conducir sus deseos hasta el último término.

Lo que en realidad ocurre habitualmente es que, más que el predominio de alguna de las tres maneras, se observa el déficit de una frente a

las otras dos. Si nos expresamos en términos simbólicos, podemos decir que hay personas que tienen mucho cerebro y mucho corazón, pero les falta hígado para materializar los proyectos que piensan y los deseos que sienten. Otras, con cerebro e hígado, a las cuales les falta corazón; piensan entonces inteligentemente y obran con voluntad y con capacidad práctica, pero proceden fríamente, y les importan poco las consecuencias afectivas de sus actos. Por fin, existen personas con corazón y con hígado, pero sin cerebro; trabajan esforzadamente dentro de la realidad y viven en un rico mundo afectivo, pero son incapaces de pensar con claridad en las consecuencias de sus actos.

El afecto, el *insight* y la elaboración

Si queremos evaluar desde este ángulo la crisis actual del psicoanálisis, debemos decir que el defecto predominante radica en un cierto déficit de corazón. La “defensa” más habitual del psicoanalista frente a su paciente es la intelectualización, y, como consecuencia, suele pasar desapercibida la intelectualización del paciente. De modo que, dentro de un pacto inconciente, el paciente juicioso y el psicoanalista “considerado” hablan de *un psicoanálisis que se aleja cada vez más del lenguaje de la vida* y que, naturalmente, no justifica, con sus beneficios, su costo en tiempo y en dinero.

Cuando hablamos de terapias breves, acotadas, con sesiones poco frecuentes, con “poca” regresión, etc., estamos hablando de terapias en las cuales la interpretación es fundamentalmente explicación. Pero en realidad lo más dañino radica en que esto no suele diferenciarse (con otro nombre, por ejemplo) claramente del psicoanálisis, y en que en algunos tratamientos psicoanalíticos realizados con un buen encuadre (en términos, por ejemplo, de cuatro sesiones semanales, tiempo de finalización indeterminado y análisis de la transferencia) también se introduce la intelectualización, con interpretaciones que pertenecen a una jerga psicoanalítica que el paciente aprende y que el psicoanalista oye, y pronuncia, en reuniones científicas, de un modo bastante alejado de su realidad vivencial. Así, el analista termina por olvidar que (como decía Bion) le está enseñando a su paciente psicoanálisis, en lugar de brindarle una experiencia emocional irreversible.

A pesar de que la resistencia que acabamos de describir es la que más abunda, hay otra, que le sigue en importancia, y de la cual también vale la pena hablar. Cuando se ha llegado a la experiencia emocional, sobre todo cuando aparece unida a la emergencia de un recuerdo infantil, cuando el *insight* se ha logrado, no sólo el paciente se conmueve, también se con-

mueve el analista. Solemos “olvidarnos”, entonces, que después de una buena sesión siempre ocurre una “mala”, que después de una buena interpretación siempre es difícil hacer otra buena. En otras palabras, nos encontramos frente al hecho de que el componente emocional, la abreacción del afecto, el *insight*, no es suficiente, y que *para que el cambio se produzca, lo que se ha logrado debe ser elaborado una y otra vez*.

Esta característica del tratamiento psicoanalítico, que encontramos también en otros procesos que gozan, en cambio, de un general beneplácito, nos permite comprender que los argumentos del esfuerzo, el tiempo y el dinero sobre los que se basa el rechazo del procedimiento analítico constituyen sólo el contenido manifiesto de un motivo.

Sabemos que el proceso psicoanalítico implica, casi inevitablemente, una *reestructuración del carácter*, ya que el carácter, por más egosintónico que sea, suele relacionarse íntimamente con el sufrimiento que motiva la consulta del paciente. ¿Por qué, entonces, ha de ser más fácil un proceso que se propone reestructurar el carácter, que el aprender a tocar el piano o a hablar fluidamente en una lengua distinta de la propia? Ninguna persona en su sano juicio imaginaría que para poder ejecutar una obra musical en un instrumento que no domina sería suficiente practicar una vez cada dos meses y que le expliquen dónde tiene que poner sus dedos. Es difícil aprender solo, sin alguien que funcione como un yo auxiliar, y son necesarias muchas horas de ejercicio con una periodicidad adecuada, porque en el intervalo entre una y otra sesión se “desaprende”. No es posible vaciar la bañera, si la canilla permanece abierta, sacando de ella un jarro de agua cada dos o tres horas.

La enfermedad es un oponente digno

Es evidente, entonces, que el psicoanálisis no se cuestiona por el esfuerzo representado en la longitud del tratamiento o en la frecuencia con que deben realizarse las sesiones, ya que estos factores son comunes en otras experiencias habituales. Se trata, en cambio, de que el esfuerzo psicoanalítico es un esfuerzo diferente, no es un esfuerzo agradable, es un esfuerzo “a contrapelo”, antipático²⁶.

²⁶ Freud señalaba que el aparato psíquico parece estar “volcado” hacia la contemplación del mundo perceptivo, y que la introspección significa un esfuerzo contranatural, en una dirección inhabitual, comparable a lo que, en el aparato digestivo, significa un vómito.

Freud usa la palabra “elaboración” también para referirse al trabajo del sueño. Postula una elaboración primaria y una elaboración secundaria. Ambas conforman lo que en la neurosis sería el beneficio primario del síntoma, es decir, mantener un afecto reprimido. Lo que importa subrayar ahora es que *tanto en el caso del sueño como en el de la neurosis, se trata de un trabajo que, como ocurre con algunas combinaciones químicas, requiere de una gran energía para ser deshecho.*

Recordemos ahora lo que Freud decía: la interpretación onírica no tiene por qué seguir los mismos caminos, en dirección contraria, que siguió el trabajo del sueño. Lo importante es llegar al punto de origen, pero no es necesario, ni verosímil, poder recorrer exactamente la misma vía en un sentido inverso. A partir de esta enseñanza técnica debemos preguntarnos cómo se vence esa resistencia que no es otra cosa que una defensa, comprensible, que hace el paciente de su propio trabajo. Ha hecho un esfuerzo y ha logrado un beneficio primario. Si ahora nos viene a consultar es porque algo le falla, pero no desea deshacer lo que con tanto esfuerzo ha hecho, sólo desea un imprescindible “retoque”, lo más superficial posible. Como suele decirse para el caso de los automóviles: sólo “chapa y pintura”. Por eso el trabajo psicoanalítico es antipático, y es a “contrapelo”.

Es común, por ejemplo, que un paciente concurra a una primera entrevista diciendo: “Tengo una colitis ulcerosa, me quieren sacar la mitad del intestino grueso, el médico me dijo que mi enfermedad tiene que ver con lo psíquico, y aquí estoy, para ver qué podemos hacer, para que me ayude a resolver este problema. Quiero aclararle que soy homosexual, pero no quiero que usted se ocupe de eso. Considero que tengo el derecho de ejercer libremente mi sexualidad de la manera que me plazca y que eso no tiene que ver con la enfermedad de mi intestino”.

Es comprensible que un paciente pueda expresarse de ese modo. El verdadero problema comienza cuando el psicoanalista piensa igual. Porque *psicoanalizar es precisamente lo contrario de lo que el paciente propone.* Recordemos lo que decía Freud (1916-1917 [1915-1917]*) y el ejemplo que daba: no se puede aceptar que el paciente proponga un tema del cual no se debe hablar. Si la policía aceptara que en una plaza determinada le está prohibido arrestar a los ladrones, muy pronto todos los ladrones vivirían allí.

No debemos hacer otra cosa que *abandonar al inconciente la dirección de la síntesis*, dejando, sin promesas engañosas, abierta e indeterminada la fecha de finalización del tratamiento, y realizando un número de sesiones lo suficientemente frecuente para que lo que hoy se trabaja no se borre mañana.

Freud (1914g*) señalaba que *la enfermedad es un oponente digno*. Creo que eso es importante. Me parece importante comprender que al paciente le ha costado mucho construir su enfermedad. Si ahora nos consulta es porque algo le ha fallado, pero él quiere apuntalar su construcción, no desmontarla. Su queja, manifiesta, acerca de lo que el tratamiento cuesta, esconde, a mi entender, que el verdadero motivo de su desagrado, de su resistencia, es el sentimiento de injusticia, o *la desgracia, de pagar dos veces, desperdiciando aquel otro costo de lo que realizó con orgullo: su carácter y su enfermedad*.

Volvamos a las palabras de Freud: la enfermedad es un oponente digno. ¿A qué otra cosa puede referirse Freud que no sea a la necesidad de respetar el esfuerzo con que el paciente la ha construido? Pero respetar al paciente, y a su enfermedad, es precisamente comprender *el motivo latente de sus resistencias*, evitando la tentación de entretenerse, con él, en la “considerada y realista” discusión de las condiciones geográficas, sociales o económicas que aumentan el costo del tratamiento. Nada tiene de malo que un psicoanalista piense como un sociólogo, o como un economista, o que los economistas y sociólogos piensen como un psicoanalista, si es que, unos y otros, lo saben hacer. Lo malo consiste, a mi entender, en que utilicen esos pensamientos “extradisciplinarios” para *dejar de ejercer la labor para la cual se los ha contratado*.

Atendemos a los pacientes cuya enfermedad entra en crisis. Podemos remedar las palabras de Nietzsche, cuando dice: “Muy trágicas han de ser las razones que hacen de un hombre un filósofo”. Podríamos decir: “Muy trágicas han de ser las razones que hacen de un hombre un paciente de análisis”. El paciente no viene a “perfeccionarse”, no viene porque quiere crecer espiritualmente o adquirir una afectividad más rica. Viene porque algo ha entrado en crisis con la suficiente fuerza y perentoriedad como para que se decida a intentar un proceso que demanda un esfuerzo que, en esencia, es displacentero, aunque los resultados parciales obtenidos le sirvan, frecuentemente, de estímulo para continuarlo.

Los cinco orígenes de las resistencias

Freud (1926d [1925]*) sostenía, en *Inhibición, síntoma y angustia*, que hay cinco orígenes de la resistencia: tres del yo, una del ello y una del superyó. *Las resistencias de la represión, de transferencia y las que se generan por el beneficio secundario, son las resistencias yoicas; la resistencia del superyó corresponde a la culpa y a la necesidad de castigo, y la*

resistencia del ello, a lo que en principio se llamó viscosidad de la libido y después compulsión a la repetición.

La resistencia del ello, la compulsión a la repetición, equivale a lo que, desde otro punto de vista, llamamos “hábito” y, cuando es perjudicial, “vicio” o, también, “adicción”. Las adicciones no sólo ocurren con algunas sustancias tóxicas, pueden ocurrir con los fármacos, con la comida, con los amigos, con los lugares en donde vivimos, ya que, en realidad, constituyen manifestaciones de la compulsión a la repetición y, más allá de cuáles sean sus últimas consecuencias, producen placer.

El dicho popular que llama a un neurótico “rayado”, expresa, como todos los dichos que perduran, una profunda percepción. Alude a un surco trazado en un lugar indebido. Cuando un disco de gramófono está rayado, la púa se sale del surco en donde continuaba la música y repite, incansablemente, un trozo musical. Encontramos en esto una excelente metáfora para comprender que, para superar la compulsión a la repetición, no basta un solo acto de *insight*, como no basta, para reparar un disco rayado, que la púa sea conducida una sola vez por el camino justo, es necesario que *la elaboración recorra una y otra vez, mediante el acto de conciencia, la senda que difiere del modelo neurótico inconcientemente repetido.*

Si tenemos en cuenta que *el modelo neurótico, que forma parte del carácter, se adquirió en la infancia y es egosintónico*, podemos hacernos una idea de la importancia de la elaboración. Es cierto que por más que el psicoanálisis se prolongue no podrá vencer completamente los hábitos que, durante la maleabilidad de la infancia, se grabaron a fuego, pero la experiencia muestra que es posible trazar, mediante la elaboración, un camino paralelo al de los hábitos neuróticos, un camino lo suficientemente fluido como para que pueda ser frecuentemente elegido.

Pero, como ya hemos visto, la resistencia al psicoanálisis no proviene solamente de la compulsión a la repetición, un componente importante es también la represión. La represión oculta lo reprimido tras una “lápida” de dolor. Es *un dolor señal* que nos avisa: “Detrás de esta lápida hay más dolor, un dolor como éste pero más fuerte aún”. Una frase común expresa muy bien la situación: “No me hagas acordar”, o también: “No quiero ni acordarme”. Solemos decirlo frente a los traumas recientes, cuánto más cierto será frente a los traumas infantiles reprimidos que han dejado huellas muy profundas.

Si añadimos a la compulsión de repetición y a la represión, la búsqueda de una gratificación transferencial, la necesidad de castigo inconciente y los beneficios secundarios que la neurosis procura, tenemos una representación más clara de los poderes de la resistencia.

¿Con qué fuerzas contamos para oponernos a esto? ¿Cómo lograr, a pesar de todo, la elaboración? En primer lugar, y uno de los factores más importantes, es *la frecuencia del contacto*. No me cansaré de repetir que cuatro sesiones semanales no pueden considerarse, en rendimiento, sencillamente el doble de lo que rinden dos. Siempre me pregunto por qué la experiencia psicoanalítica, tanto sea la del paciente como la del psicoanalista, se cuenta por años en lugar de contarse por horas que, además, deberían computarse de un modo diferente según cuál fuera su continuidad y su periodicidad.

La frecuencia semanal es importante y también lo es la indeterminación del final. Este tipo de procesos que tienen que ver con el hacer conciente lo inconciente, son procesos que *funcionan mal dentro de un tiempo acotado por un límite*. Ya es desgracia suficiente que las sesiones tengan que durar, por motivos prácticos inevitables, un tiempo limitado. Pero que las sesiones sean limitadas en el tiempo es muy distinto al hecho de limitar el tratamiento entero con una fecha final. Dado que el psicoanalista no dispone de la posibilidad de prever ese término, cualquier aceptación de un plazo será, inevitablemente, el producto de un compromiso con la resistencia.

Las distintas etapas de la técnica

La técnica psicoanalítica ha recorrido distintas etapas a partir del momento en que, abandonando la hipnosis y la sugestión en estado de vigilia, se constituyó como técnica psicoanalítica apoyándose en la asociación libre. Durante la primera etapa se interpretaba la transferencia sólo cuando devenía en una resistencia que interrumpía el flujo de las asociaciones. Freud (1905e [1901]*) mismo, en el epílogo del historial de Dora, expresó sus dudas en cuanto a la conveniencia de este principio técnico. Ocurre sin embargo con los psicoanalistas, en lo que respecta a la teoría psicoanalítica, lo mismo que les ocurre a los pacientes con las interpretaciones que aceptan. Existe una diferencia, que ya mencionamos, entre inteligir, saber y creer. De modo que la práctica psicoanalítica, a pesar del historial de Dora, continuó muchos años *interpretando la transferencia sólo en los casos en los que aparecía como una resistencia, y dedicó sus mayores esfuerzos a interpretar los significados inconcientes de las vicisitudes que el paciente experimentaba en su diario convivir con los objetos*.

Los conflictos se interpretaban, entonces, refiriéndolos a los personajes que el paciente mencionaba en su relato. Si un paciente contaba,

por ejemplo, que se había peleado con su mujer, el analista, utilizando su capacidad para imaginar la situación, sus conocimientos del complejo de Edipo y lo que sabía acerca del paciente y su mujer, podía interpretar que el motivo de la pelea eran los celos inconcientes reprimidos.

Hoy diríamos que el verdadero proceso psicoanalítico no se cumple de ese modo, “aplicando” el psicoanálisis para tratar de resolver directamente los conflictos que entorpecen la vida del paciente. A pesar de que Freud (1912b*) había escrito que todo conflicto debe ser finalmente batallado en la transferencia, porque nadie puede ser matado *in absentia* o *in effigie*, la práctica habitual demoraba el análisis de la transferencia hasta que se manifestara como resistencia.

Vale la pena tomar plena conciencia de las etapas que recorrió la técnica, porque *no constituyen simplemente períodos que han sido superados, sino que continúan vivos en la práctica del psicoanalista que ejerce su labor*. De manera que continuamente, y siguiendo los avatares de nuestras dificultades en el interpretar, volvemos a utilizar modalidades que pertenecen a las etapas aparentemente superadas. Hablando “mal y pronto”: aplicar el psicoanálisis, durante la sesión, para “resolverle la vida al paciente” es hoy más frecuente de lo que desearíamos.

La segunda etapa nació fundamentalmente a partir de la obra de M. Klein, de Racker y de Pichón-Rivière. Fue sobre todo Racker el que, apoyándose en la obra de Freud, y subrayando el valor de la contratransferencia como instrumento técnico, contribuyó a su plena consolidación teórica. Cesio, en la misma dirección, aportó sus ideas acerca del presente atemporal.

Más allá de si lo que el paciente cuenta ha ocurrido o no de la manera en que lo cuenta, más allá de si se ha peleado efectivamente, con la mujer, de la manera en que lo dice, y más allá de la genuina importancia que el episodio que relata puede tener en su vida, lo que el analista se pregunta, lo que realmente importa para el proceso psicoanalítico, es responder a las preguntas: ¿por qué lo cuenta aquí y ahora?, ¿qué es lo que significa en esta forma y momento de su relación conmigo?

En otras palabras, su relato se inscribe en un proceso transferencial que está ocurriendo y que es, al mismo tiempo, *el teatro en el cual se escenifica su neurosis* y el lugar en el cual el psicoanalista permanentemente trabaja. Ha quedado lejos la idea de que debe trabajarse allí sólo cuando el paciente usa la transferencia como resistencia. Es un proceso que se reinicia en cada sesión y que sólo aparentemente se interrumpe cada vez que el paciente se va del consultorio, porque el paciente continuará, fuera de la sesión, “su diálogo” con el psicoanalista, mientras “vive” la neurosis de transferencia, una neurosis en cierto modo artificial, que forma parte del

proceso psicoanalítico, y *cuya evolución marcará el progreso o el estancamiento del tratamiento.*

No voy a explayarme más en este punto, porque nos llevaría un poco más lejos de lo que corresponde a nuestra intención de este momento, pero quiero insistir en que tiene una importancia extrema diferenciar el proceso analítico del psicoanálisis aplicado, aunque el psicoanálisis aplicado se realice en la sesión psicoanalítica.

La utilización de la técnica en su segunda etapa produjo un cambio muy grande en el curso de los tratamientos. La regresión se incrementó y, con ello, surgió la posibilidad de observar, en la transferencia, y de una manera vivencial, las fantasías más precoces. El tiempo de duración del tratamiento, que se sustentaba en meses, en la época de Freud, cuando el propósito era psicoanalizar los síntomas, y que ya se había alargado mucho, cuando el objetivo consistía en modificar el carácter, se alargaba ahora todavía más. La técnica había ampliado sus recursos, incluyendo las vivencias precoces y los núcleos psicóticos subyacentes a la estructura neurótica, y *el límite quedaba ahora en la capacidad de cada psicoanalista para superar los escotomas, producto de su propia neurosis, que surgían en su contratransferencia* en algún momento del proceso.

Creo que el progreso de la segunda etapa nos permitió también descubrir nuevos defectos. No me refiero al incremento de la regresión que la interpretación transferencial sistemática produce, porque creo que supera, con las posibilidades de análisis que otorga, los inconvenientes que suelen aducirse. La dificultad principal radica en que el análisis continuo y explícito de la transferencia conduce muy pronto a una movilización afectiva excesiva que “satura” el vínculo, incrementa la resistencia y clausura el campo de la labor analítica. Ocurre entonces, para decirlo con un ejemplo, como si el paciente tuviera que atravesar la violencia, y la desconfianza, de psicoanalizar sus afectos con los mismos objetos con los cuales, a plena investidura, estructuró sus conflictos.

Hace ya algunos años propuse *psicoanalizar permanentemente la transferencia de manera indirecta*, utilizando, para la formulación explícita de las interpretaciones surgidas de la comprensión de la transferencia-contratransferencia, los personajes del relato que trae el paciente. Esos personajes son, obviamente, representantes, en la transferencia, del psicoanalista, pero el hecho de dejarlo implícito, permitiendo que el paciente, de acuerdo con su propio *timing*, sea el que mencione, si puede, la coincidencia de sus sentimientos, conduce a una dosificación más adecuada de los afectos movilizados en la sesión y evita una prematura clausura del campo.

Un campo intermedio entre la enfermedad y la vida

Freud (1914g*) señalaba que *la transferencia es un reino intermedio entre la enfermedad y la vida*. Esta es una frase sobre la cual vale la pena reflexionar profundamente. ¿Qué ha querido significar cuando dice “un campo intermedio entre la enfermedad y la vida”? ¿Acaso la transferencia no ocurre en la vida? Es, por cierto, un “como si”, pero ¿qué significa “como si”? Podríamos compararlo, tal vez, con lo que sucede en el teatro.

Cuando vamos al teatro, sabemos que lo que vemos no está ocurriendo realmente en nuestra vida. *Lo que nos ocurre en la vida, en ese momento, es, precisamente, estar en el teatro*. Sin embargo, el teatro es un representante de lo que ocurre en la vida, y si no fuera así, no valdría la pena ir al teatro. Experimentamos en la butaca muchas emociones, de modo que nos está sucediendo algo “de veras”, durante el teatro, en nuestra propia vida.

Si existe demasiada confusión entre el teatro y la vida, sucederá lo que a Don Quijote de La Mancha, que pretendió solucionar el entuerto apaleando a los títeres del escenario, porque confundía lo que pasaba en la representación con un hecho real. A veces observamos, en el cine, que algún espectador siente la necesidad de avisar al protagonista que lo están esperando, detrás de la puerta, para clavarle un cuchillo. Cuando esto ocurre en el proceso analítico, y en algún momento de todo tratamiento ocurre siempre, solemos hablar de transferencia masiva, o de transferencia psicótica.

Aclaremos esto bien: no importa si la apreciación del paciente coincide o no con el hecho de que en la realidad el analista es efectivamente envidioso o no lo es, lo que importa es que el paciente se “sale” del teatro al cual ha concurrido voluntariamente (se sale de los parámetros que encuadran el proceso) y, llevado por su desconfianza, “suspende” el psicoanálisis que aparentemente continúa, para ingresar de otro modo en la vida de relación con su psicoanalista.

La situación opuesta se da cuando la obra “es mala”, porque no representa verosímilmente lo que ocurre en la vida. Sentimos entonces que la butaca es incómoda, nos damos cuenta de que estamos sentados en la oscuridad, nos preguntamos cuánto falta para que termine y podemos llegar hasta el extremo de abandonar el espectáculo. Todas estas vivencias se parecen a las que se experimentan en un proceso psicoanalítico que “se detiene”, y que suele acompañarse de un déficit en el compromiso afectivo.

El proceso psicoanalítico progresa adecuadamente cuando se desarrolla en un campo “intermedio”, que corresponde a lo que Winnicott (1971) llamaba el “campo de ilusión”. Para que esto ocurra es necesario que haya suficiente afecto como para que haya movilización e insight y

no tanto como para que se transforme en una situación que no puede ser vivida porque, confundida por entero con la vida real, conduce a una parálisis de la representación.

Cuando trabajamos interpretando la transferencia de manera explícita, sistemática y continua, en donde todo ocurre “aquí y ahora conmigo”, y en donde el personaje que interpreta es el mismo personaje con el que ocurre la acción, la resistencia crece de manera asintótica, clausurando prematuramente nuestro campo de labor.

Un día llegará en que el campo inevitablemente se sature, pero dos circunstancias prolongan nuestras posibilidades: la interpretación indirecta de la transferencia, que “dosifica” el afecto, y *el progreso del psicoanalista en el conocimiento de su propio inconciente*, porque esto “renueva” al personaje “inesperado” con el cual el analista sustituye al que el paciente transfiere.

**PRÓLOGO DE *HACIA UNA TEORÍA
DEL ARTE PSICOANALÍTICO***

(1998)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1998p) “Prólogo de *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*”.

Primera edición en castellano

Se publicó con el título “Prólogo” en:

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-15.

Hacia una teoría del arte psicoanalítico (Chiozza, 1998h) reúne, en forma cronológica, los artículos de técnica que escribí en un período de tiempo que abarca más de treinta años. Los he dividido en tres décadas de una manera un tanto arbitraria, pero que sin embargo dejan ver una cierta evolución. Nada de lo que escribí en los primeros ha dejado de tener vigencia para mí, y no obstante, muestran tres épocas distintas.

La primera contiene lo que podríamos llamar el nacimiento de una manera de pensar acerca del proceso psicoanalítico. Corresponde a los años durante los cuales mi esfuerzo se centró en integrar los postulados de la metapsicología freudiana con los aportes acerca del espacio, del tiempo, de la materia, de la idea y de un “más allá” de la lógica, que surgen de lo que solía llamarse “la nueva física”. Se trata de ideas que, contempladas desde la biología, marchan en la misma dirección que recorriera la filosofía de la naturaleza en la línea de Spinoza, Goethe, Maeterlinck, Haeckel, Groddeck y Weizsaecker, para citar sólo algunos. Etcheverry –el traductor de las obras completas de Freud editadas por Amorrortu– afirma en *Sobre la versión castellana*: “parece probable que la tradición de Haeckel y de la filosofía de la naturaleza es el obligado con-texto del texto freudiano” (Etcheverry, 1978, pág. 56), de modo que algunas de las ideas a partir de las cuales intenté contemplar la metapsicología freudiana están implícitas en algunos de los desarrollos de Freud.

En un historial que presenté en 1963 en la Asociación Psicoanalítica Argentina –que se publicó recién en 1984 y que, con el título *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), aparecerá como un volumen de esta misma editorial– puede verse cómo ese modo de pensar, que culmina en la idea de un proceso terciario y en el concepto de fantasías específicas, se expresa en el ejercicio de la clínica psicoanalítica.

En la segunda década, la más fructífera en trabajos “de técnica”, la idea de un proceso terciario y el concepto de fantasías específicas se consolidan, y va tomando forma una particular concepción acerca del cuerpo y del alma como dos maneras, una física y otra histórica, en que se organiza la conciencia. Corresponde a un período en el cual fui recorriendo los tópicos principales de la teoría de la técnica: la constitución del material interpretable, la interpretación, la transferencia-contratransferencia, la formulación verbal de la interpretación, las relaciones entre realidad, transferencia e historia. A ese período pertenece el trabajo que le ha dado nombre a este libro (Chiozza, 1978j). Lo que habitualmente denominamos “técnica” psicoanalítica no carece de la dignidad del arte. Un arte que, como todos los demás, y a pesar del territorio intocable de las capacidades misteriosas e innatas, puede, hasta cierto punto, aprenderse y enseñarse.

En esa misma década, que se extiende entre los años 1975 y 1985, ocurría la turbulencia que dio nacimiento a lo que pocos años después se empezaría a llamar “la crisis actual del psicoanálisis”. Los “puntos de urgencia” de la práctica psicoanalítica que se desarrollaba en esa turbulencia me llevaron a ocuparme de temas tales como la oportunidad del hablar y el callar la transferencia, la extorsión melancólica, la falsedad y la autenticidad en la transferencia y la contratransferencia, la convivencia y la trascendencia en el tratamiento psicoanalítico, la paradoja, la falacia y el malentendido como contrasentidos de la interpretación psicoanalítica. El trabajo “Apuntes para una teoría de la psicoterapia” (Chiozza, 1983e [1982]), que pertenece a ese período, fue escrito con el ánimo de integrar los postulados de la teoría de la técnica psicoanalítica con pensamientos actuales que se expresan en el lenguaje de la computación, en el de la teoría de los sistemas y en el de la teoría de la comunicación.

La tercera década aborda tres temas fundamentales: consideraciones metahistóricas que conducen a un tipo de interpretación que se expresa en el “lenguaje de la vida”; una indagación acerca del poder “terapéutico” del psicoanálisis, indagación que, partiendo de Freud, se sitúa entre Bion y Lacan, y una exploración sistemática sobre las maneras en que el cuerpo se presenta en el campo de trabajo de un psicoanalista.

Los dos últimos capítulos del libro²⁷ contienen una reelaboración de dos conferencias pronunciadas en 1994, que se detienen, sintéticamente, en los puntos esenciales del camino recorrido en las tres décadas.

²⁷ {“Cómo nace y se formula la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1994b) y “Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis” (Chiozza, 1995I [1994]), ambos en este tomo.}

El libro incluye un apéndice que contiene tres artículos escritos por mi hijo Gustavo, que es médico y se dedica al psicoanálisis. No podían faltar en este libro porque clarifican y profundizan aspectos esenciales que atañen al estudio patobiográfico y a la interpretación de la transferencia-contratransferencia²⁸.

Una vez Rodrigué, haciendo lo que Pichón-Rivière denominaba “un *abstractus*” con el conjunto de sus horas de consultorio, tituló a uno de sus trabajos *El paciente de las 50.000 horas*. Mi “paciente” ha pasado hace ya mucho, mucho tiempo, las 50.000 horas que, en aquel entonces, el de Rodrigué había acumulado.

Cuando contemplo el índice de este libro, no puede dejar de conmoverme el hecho de que los trabajos que lo componen absorbieron muchas horas de mi vida. La lectura, cronológicamente ordenada, deja ver el hilo ininterrumpido de una discusión continuada, alimentada algunas veces por el fragor de una polémica con colegas cercanos y lejanos. Una polémica que, como tal, hoy ya no despierta mi interés. Ha corrido mientras tanto, como suele decirse, mucha agua debajo de los puentes, pero en aquellos años, que fueron los mismos en que crecieron mis hijos, yo necesitaba estar seguro de que los puntos de vista de su padre eran correctos.

La necesidad de revisar una y otra vez mi pensamiento, constantemente impuesta durante todos esos años por un entorno escéptico que afectivamente me importaba mucho, ha contribuido, me parece, a que el lector se encuentre hoy con una exposición más clara, con mayores detalles y con mejores fundamentos.

Febrero de 1998.

²⁸ {“De la sinopsis a la resignificación en el estudio patobiográfico” (G. Chiozza, 1996a), “La interpretación indirecta de la transferencia” (G. Chiozza, 1997b) y “El concepto de contratransferencia en la obra de Chiozza” (G. Chiozza, 1997a).}

BIBLIOGRAFÍA

- AREU CRESPO, María Zulema (1998) *La mujer y su ética*, Julián Yebenes, Santiago de Chile, 1998.
- ARIETI, Silvano (1976) *Creativity: The magic synthesis*, Basic Books Inc. Publishers, Nueva York, 1976.
- BANDLER, Richard y GRINDER, John (1975) *La estructura de la magia*, t. I. *Lenguaje y terapia*, Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1980.
- BARANGER, Madeleine y BARANGER, Willy (1969) *Problemas del campo psicoanalítico*, Kargieman, Buenos Aires, 1969.
- BATESON, Gregory (1942) “La planificación social y el concepto de deuteroprendizaje” Parte III: “Forma y patología en la relación”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 187-203.
- 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 (1970) “Forma, sustancia y diferencia”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 479-495.
- 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.
- BERTALANFFY, Ludwig von (1949) *Concepción biológica del cosmos*, Ediciones Universidad de Chile, 1963.
- BETTELHEIM, Bruno (1982) *Freud y el alma humana*, Crítica, Barcelona, 1983.

- BION, Wilfred Ruprecht (1962) *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- BLAKE, William (1793) *Proverbs of Hell*, Penguin Books, Londres, 1958.
- CARNAP, Rudolf (1966) *Fundamentación lógica de la física*, Sudamericana, Buenos Aires, 1969.
- CESIO, Fidias (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, Fidias (1966a) “El letargo. Una representación de lo latente. Su relación con la represión”, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, t. VIII, N° 3, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1966, págs. 217-222; en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 303-309.
- CHIOZZA, Gustavo (1996a) “De la sinopsis a la resignificación en el estudio patobiográfico”, en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 359-366.
- CHIOZZA, Gustavo (1997a) “El concepto de contratransferencia en la obra de Chiozza”, en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 375-380.
- CHIOZZA, Gustavo (1997b) “La interpretación indirecta de la transferencia”, en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 367-373.
- 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 (1970/ [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 (1970_m [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 Paidós, 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 (1970_q) “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*, N° 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 (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. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1974b) “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 (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 (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 (incluye un resumen); 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 (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 apartado segundo 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 (1977b) “El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIV, N° 1, APA, Buenos Aires, 1977, págs. 77-86; L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 83-90; 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. 87-93. En italiano se publicó con el título “Il falso privilegio del padre nel complesso di Edipo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 87-93. {OC, t. III}

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. {OC, t. VIII}

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); 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. {El contenido del artículo se desglosó en “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). Ambos en OC, t. VIII.}

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. {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. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1980d [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. {Con el título “Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico”, en OC, t. VIII.}

CHIOZZA, Luis (1980e) “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato”, en *Jornada de Psicoterapia Psicoanalítica 1980*, CIMP, Buenos Aires, 1980, págs. 38-40; *Eidon*, N° 14, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 97-100; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 153-155; *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 incluyó como último apartado de “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II] (Chiozza, 1998k [1980]), OC, t. IX.}

CHIOZZA, Luis (1980g) “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [I], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 497-514; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 135-151; *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 bajo el título “Falsità e autenticità nell’interpretazione del transfert-controtransfert”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 71-85. {Con “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato” (Chiozza, 1980e) como último apartado, se incluyó en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II] (Chiozza, 1998k [1980]), OC, t. IX.}

CHIOZZA, Luis (1981g) “La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo”, en *Eidon*, N° 15, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 45-61 (incluye un resumen). Con el resumen final convertido en quinto apartado, se publicó en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 209-224; *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. Una versión levemente modificada se publicó con el mismo título en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 73-85. Sin el resumen se publicó en italiano con el título “La capacità simbolica della struttura e il funzionamento del corpo”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 73-84. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1981j) “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”, en *III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoamericano. La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica*, CIMP, Buenos Aires, págs. 139-151; *Eidon*, N° 16, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1982, págs. 51-75 (incluye un resumen). Con el resumen convertido en último apartado se publicó en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 225-248; *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. 195-214. Sin el resumen, se publicó en italiano con el título “Psicoanalisi nella malattia somatica nella pratica clinica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 141-160. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1983e [1982]) “Apuntes para una teoría de la psicoterapia”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 177-194; *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. 245-260. En italiano se publicó con el título “Appunti per una teoria della psicoterapia”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell'arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 87-102. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1983f [1982]) “Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 25-36; *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. 227-238. En italiano se publicó con el título “Convivenza e trascendenza

nel trattamento psicoanalitico”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell'arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 111-120. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1983k) “La paradoja, la falacia y el malentendido como contrasentidos de la interpretación psicoanalítica”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 157-176; *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; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 261-278. En italiano se publicó con el título “Il paradosso, l'inganno e il malinteso come controsenso dell'interpretazione psicoanalitica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 13, Borla, Perugia, 1986, págs. 207-226. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1985b) “Il processo di simbolizzazione nella malattia somatica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 12, Borla, Perugia, 1985, págs. 234-258. En castellano se publicó con el título “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 915-938; *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. V}

CHIOZZA, Luis (1985c) “The latent symbols in the physical signs of illness”, en *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 2, N° 2, Borla, Roma, 1985, págs. 25-33. En castellano se publicó con el título “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad”, en *Anuario Uruguayo de Psicología*, t. I, vol. 1, EPPAL Ltda., Montevideo, 1989, págs. 33-48; *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. 295-307. En italiano se publicó con el título “I simboli nascosti dietro i segni fisici”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Perugia, 1989, págs. 143-158. {Es una versión reducida de “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion” (Chiozza, 1985b), OC, t. V.}

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 (1993b [1985-1992]) “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática”, en L. Chiozza, *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 15-35; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-29. En portugués se publicó con el título “A interpretação psicanalítica da doença somática”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímenes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 13-30. {Este trabajo incluye “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad” (Chiozza, 1985c) como primer apartado. El segundo apartado titulado “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” se publicó luego en forma independiente (Chiozza, 1995E [1993]), OC, t. IX.}
- CHIOZZA, Luis (1994b) “Come nasce e si formula l’interpretazione nella seduta analitica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 30, Borla, Roma, 1994, págs. 125-146. En castellano se publicó con el título “Cómo nace y se formula la interpretación psicoanalítica”, 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, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 317-339. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995v [1988]) “Teoría de la transferencia en Klein y la Escuela Inglesa”, 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. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995y [1990]) “El poder terapéutico del psicoanálisis”, 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, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 295-303. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995A [1991]) “El problema de la operatividad en la medicina psicosomática”, 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. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995E [1993]) “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” [I], segundo apartado de “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática” (Chiozza, 1993b [1985-1992]), se publicó independientemente 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. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995I [1994]) “Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis”, 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, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 341-356. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995K) “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 (1995P) “Lo que ocurrió con Milena”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 113-126; *Actualidad Psicológica*, año 20, N° 220, Buenos Aires, mayo de 1995, págs. 38-41; *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. 115-130; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 15-30; L. Chiozza, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2007, págs. 245-261. En italiano se publicó con el título “Quello che capitò a Milena”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 121-135. {Capítulo XVIII de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), OC, t. XIV.}
- CHIOZZA, Luis (1997b [1991]) *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997. Segunda edición.
- CHIOZZA, Luis (1997d) *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.
- CHIOZZA, Luis (1998a [1963-1984]) *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998. Primera edición. {OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1998h) *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CHIOZZA, Luis (1998j [1978-1979]) “La interpretación de la transferencia-contratransferencia”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 111-123. {OC, t. VIII} {El contenido del artículo, junto con “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia” (Chiozza, 1979i), OC, t. VIII, como apartado sexto, formaron parte de “Acercas del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico” [I] (Chiozza, 1979f [1978-1979]).}
- CHIOZZA, Luis (1998k [1980]) “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 177-193. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (1998l [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 (1998p) “Prólogo” de L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-15. {Con el título “Prólogo de *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*”, en OC, t. IX.}
- CHIOZZA, Luis (1998s [1993-1995]) “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 305-316.
- CHIOZZA, Luis (1998t [1997]) “Prólogo” de María Zulema Areu Crespo, *La mujer y su ética*, Julián Yébenes, Santiago de Chile, 1998, págs. 7-11. {Con el título “Prólogo a *La mujer y su ética* de María Zulema Areu Crespo”, en OC, t. VII.}
- CHIOZZA, Luis (1999b [1995]) *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999. Segunda edición.
- CHIOZZA, Luis (2007a [1986-1997-2007]) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2007. Quinta edición argentina ampliada. Primera edición por Libros del Zorzal. {OC, t. XIV}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1966b) (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 apéndice); 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 contratransferen-*

cia. 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. {OC, t. III}

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 Psicoanalítico di Roma, Roma, 1979, págs. 114-124. {OC, t. VIII}

- CHIOZZA, Luis y colab. (1983i) (Colaboradores: Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Liliana Grus, Ricardo Grus, Elsa Marzorati y Juan Carlos Scapusio) “Acerca de la extorsión melancólica”, en *XIV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 72-77; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 127-134; *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. 239-244. En italiano se publicó con el título “Sull’estorsione melanconica”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 103-109. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1984d) (Colaboradores: Dorrit Adamo, Liliana Barbero, Domingo Boari, Cristina Schneer, Ricardo Spivak, Mirta Stisman) “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”, en *Lecturas de Eidon*, Nº 3, CIMP, Buenos Aires, 1984; *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, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 147-160. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1993a) (Colaboradores: Oscar Baldino, Luis Barbero, Domingo Boari, Dorrit Busch, Catalina Califano, Liliana Casali, Horacio Corniglio, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Ricardo Grus, Gladys Lacher, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, María Pinto, Juan Repetto, Roberto Salzman e Hilda Schupack) *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.
- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1981d) “Caminos de la terapia psicoanalítica” [I], en *XI Congreso interno y XXI Symposium. Caminos de la terapia psicoanalítica. Pasado, presente y futuro*, t. I, APA, Buenos Aires, 1981, págs. 132-137; *XIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1982, págs. 26-33. {Con el agregado de un nuevo apartado, se incluyó en “A manera de prólogo” de *Psicoanálisis: presente y futuro*, publicado también con el título “Caminos de la terapia psicoanalítica” [II] (Chiozza y Grus, 1983d [1981]), OC, t. IX.}

- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1983d [1981]) “A manera de prólogo” de *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 11-21. Se publicó con el título “Prólogo del libro *Psicoanálisis: presente y futuro*”, 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 también como L. Chiozza y R. Grus, “Caminos de la terapia psicoanalítica” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 217-226. {Con el título “Caminos de la terapia psicoanalítica”, en OC, t. IX.}
- CHOMSKY, Noam (1975) *Reflexiones sobre el lenguaje*, Sudamericana, Buenos Aires, 1977.
- COROMINAS, Joan (1961) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1961.
- DE BONO, Edward (1969) *El mecanismo de la mente*, Monte Ávila, Caracas, 1969.
- ERNOUT, A. y MEILLET, A. (1959) *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Klincksieck, París, 1959.
- ETCHEVERRY, José Luis (1978) *Sobre la versión castellana*, en S. Freud, *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978.
- FENICHEL, Otto (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, Nueva York, 1945.
- 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 (1893c*) “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”, AE, t. I, págs. 191-210.
- FREUD, Sigmund (1894a*) “Las neuropsicosis de defensa”, AE, t. III, págs. 41-68.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]) *La interpretación de los sueños*, BN, t. I, págs. 231-584.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1901b*) *Psicopatología de la vida cotidiana*, AE, t. VI.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]*) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, AE, t. VII, págs. 1-108.

- FREUD, Sigmund (1910a [1909]*) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, AE, t. XI, págs. 1-52.
- FREUD, Sigmund (1910d*) “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, AE, t. XI, págs. 129-142.
- FREUD, Sigmund (1911c [1910]*) “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente”, AE, t. XII, págs. 1-76.
- 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*) “Sobre la dinámica de la transferencia”, AE, t. XII, págs. 93-106.
- FREUD, Sigmund (1912e) “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico”, BN, t. II, págs. 418-423.
- FREUD, Sigmund (1912-1913) *Tótem y tabú*, BN, t. II, págs. 511-599.
- FREUD, Sigmund (1913c*) “Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)”, AE, t. XII, págs. 121-144.
- 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]*) “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)”, AE, t. XII, págs. 159-174.
- FREUD, Sigmund (1915c*) “Pulsiones y destinos de pulsión”, AE, t. XIV, págs. 105-134.
- FREUD, Sigmund (1915e*) “Lo inconciente”, AE, t. XIV, págs. 153-214.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]*) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, ts. XV y XVI.
- FREUD, Sigmund (1923b) *El yo y el ello*, BN, t. II, págs. 9-30.
- FREUD, Sigmund (1923b*) *El yo y el ello*, AE, t. XIX, págs. 1-66.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]*) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, t. XX, págs. 71-164.
- 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 (1940a [1938]*) *Esquema del psicoanálisis*, AE, t. XXIII, págs. 133-210.
- FREUD, Sigmund (1950a [1895]*) “Proyecto de psicología”, AE, t. I, págs. 323-436.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895d*) *Estudios sobre la histeria*, AE, t. II.
- GARMA, Ángel (1962) *El psicoanálisis. Teoría clínica y técnica*, Paidós, Buenos Aires, 1962.
- 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.
- GOMBRICH, Ernst Hans (1966) *Freud y la psicología del arte*, Barral Editores, Barcelona, 1971.
- GREEN, André (1972) “Notes sur les processus tertiaires”, en *Revue Française de Psychanalyse*, N° 3, París, 1972.
- GREEN, André (1973) *La concepción psicoanalítica del afecto*, Siglo XXI, México, 1975.
- GREEN, André (1980) “La passion”, en *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N° 21; en castellano se publicó con el título “Pasiones y destinos de las pasiones. Sobre las relaciones entre locura y psicosis”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXVIII, N° 3, APA, Buenos Aires, 1981, págs. 449-488.
- JAKOBSON, Roman (1963) *Essais de linguistique général*, París, 1963. Edición en castellano: *Ensayos de lingüística general*, Seix-Barral, Barcelona, 1975.
- KOESTLER, Arthur (1978) *Jano*, Debate, Madrid, 1981.
- LIBERMAN, David (1962) *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Buenos Aires, 1962.
- LORENZ, Konrad (1973) *La otra cara del espejo*, Plaza & Janés, Barcelona, 1979.
- LYONS, John (1968) *Introduction to theoretical linguistics*, Cambridge University Press, Cambridge, 1969.
- MARIONA, Alicia y OBSTFELD, Enrique (1979) “Uso y valor del conocimiento de las fantasías hepáticas durante el transcurso de la sesión psicoanalítica”, en Luis Chiozza y colabs., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979.
- MAY, Rollo (1977) “Gregory Bateson and Humanistic Psychology”, en John Brockman (ed.), *About Bateson*, E. P. Dutton, Nueva York, 1977.

- MERLEAU-PONTY, Maurice (1948) *Sentido y sinsentido*, Península, Barcelona, 1977.
- ORTEGA Y GASSET, José (1914) *Meditaciones del Quijote*, Revista de Occidente, Madrid, 1956.
- ORTEGA Y GASSET, José (1940) *Ideas y creencias*, en *Obras completas*, t. V, Alianza Editorial, Madrid, 1983, págs. 379-409.
- ORTEGA Y GASSET, José (1946a) “Idea del teatro”, en *Obras completas*, t. VII, Revista de Occidente, Madrid, 1968.
- ORTEGA Y GASSET, José (1948) “Una interpretación de la historia universal”, Revista de Occidente, Madrid, 1966.
- ORTEGA Y GASSET, José (1949-1950) *El hombre y la gente*, Revista de Occidente, Madrid, 1972.
- POPPER, Karl (1974) *Búsqueda sin término*, Tecnos, Madrid, 1977.
- PORTMANN, Adolf (1961) *Nuevos caminos de la biología*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1968.
- QUILLET, Aristide (1963) *Le Quillet Flammarion. Dictionnaire usuel*, Quillet-Flammarion, París, 1963.
- RACKER, Enrique (1956) “Carácter y destino”, en *Psicoanálisis del espíritu*, Nova, Buenos Aires, 1957, págs. 27-50.
- RACKER, Enrique (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1950) *Diccionario manual*, Espasa-Calpe, Madrid, 1950.
- ROF CARBALLO, Juan (1949) *Patología psicosomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- RUYER, Raymond (1974) *La gnose de Princeton*, Fayard, París, 1974.
- SALVAT (1964) *Diccionario enciclopédico Salvat*, Salvat, Barcelona, 1964.
- SCHRÖDINGER, Erwin (1958) *Mind and matter*, Cambridge University Press, Cambridge, 1977. Edición en castellano: *Mente y materia*, Tusquets Editores, Barcelona, 1984.
- STRACHEY, James (1962a) “Apéndice. Surgimiento de las hipótesis fundamentales de Freud” a “Las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1894a*), en Sigmund Freud, *Obras completas*, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1976, t. III, págs. 62-68.
- TAYLOR, Gordon Rattray (1979b) “Traffic of the mind”, en *The natural history of the mind*, Granada, Londres, 1981. Edición en castellano: “Tráfico de la mente”, en *El cerebro y la mente*, Planeta, Barcelona, 1980.

- THOMAS, Lewis (1974) *Las vidas de la célula*, Emecé, Buenos Aires, 1976.
- TODOROV, Tzvetan (1967) *Literatura y significación*, Planeta, Barcelona, 1974.
- TODOROV, Tzvetan (1978) *Symbolisme et interprétation*, Seuil, París, 1978.
- TURBAYNE, Colin Murray (1970) *El mito de la metáfora*, Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
- TWAIN, Mark (1885) *Las aventuras de Huckeleberry Finn*, en *Selección obras completas*, Limmsa Wiley, México, 1967.
- WADDINGTON, Conrad (1977) *Strumenti per pensare*, Scientifiche Mondadori, Milán, 1977.
- WATZLAWICK, Paul (1976) *La réalité de la réalité*, Seuil, París, 1976.
- WATZLAWICK, Paul (1977) *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona, 1980.
- WEIZENBAUM, Joseph (1976) *La frontera entre el ordenador y la mente*, Pirámide, Madrid, 1978. Edición en inglés: *Computer power and human reason*, Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, 1984.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1927-1928) "La historia clínica", en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 131-150.
- 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.