

11/06/04 Mesa redonda: "El desarrollo del Estudio Patobiográfico como técnica derivada de nuestros desarrollos teóricos".

Doctor Gustavo Chiozza.

Yo quería contribuir al debate que hoy nos ocupa planteando tres cuestiones que me resultaron interés con relación al Estudio Patobiográfico.

La primera de ella es de índole más práctico y las otras dos son un poco más teóricas.

En general cuando hablamos del Estudio Patobiográfico destacamos y está bien que así lo hagamos es aspecto de tratamiento que tiene el Estudio Patobiográfico y por eso en esta oportunidad justamente quería destacar otro aspecto que me parece también bastante importante en el caso práctico para el paciente, que es el valor que tiene de consulta médica.

En general en los tiempos actuales, dominados por la medicina especializada, se suele añorar los tiempos antiguos en los que el médico de cabecera que conocía al paciente de muchos años, conocía a la familia y conocía el entorno, era el que evaluaba los distintos tratamientos, los distintos diagnósticos y la evolución del paciente. Se suele añorar estos tiempos frente a esta situación de la medicina con muchos especialistas y sin embargo uno se da cuenta que sería inadecuado y sería un desperdicio tratar de volver el tiempo atrás porque evidentemente la medicina especializada aporta muchísimas ventajas. Pero no obstante esto sigue siendo cierto que algo le falta a la medicina de nuestros días. Vemos que los pacientes van recorriendo los distintos consultorios de los distintos especialistas llevando sus carpetas de análisis cada vez más voluminosas y los especialistas tienen que agregar nuevos medicamentos, corregir las dosis de los anteriores, cambiar unos medicamentos por otros o sencillamente agregar nuevos tratamientos. También el especialista se tiene que formar una impresión de un paciente que no conoce a través de una serie de documentos, tiene que tratar de interpretar cuáles habrán sido las intenciones de los otros médicos, de los otros colegas al indicar tal estudio o tal tratamiento, tratar de formarse una visión de conjunto y dar una nueva indicación o indicar nuevos estudios que hacen crecer esa carpeta y por ahí con hasta la duda de si en la próxima consulta el próximo médico no estará modificando otra vez lo que él hizo.

Basta asistir a un Ateneo de un Estudio Patobiográfico de un paciente con una patología compleja, por ahí de larga data, que involucre además del clínico uno o dos especialistas para ver qué tarea importante que tiene que ver inclusive antes de la intervención que nosotros llamamos psicoanalítica, que tiene la posibilidad de que el clínico y los especialistas discutan, sin límite de tiempo, acerca de la situación clínica particular del paciente, cada uno dando sus opiniones, no necesariamente son los médicos que atienden al paciente fuera de esta consulta, pero son especialistas capaces de interpretar; el médico clínico puede no conocer los últimos avances y actualizaciones de cada especialidad. Esta discusión, este Ateneo, evidentemente no nace con el Estudio Patobiográfico, los Ateneos existían de antes, pero en general primero que se aplican sobre todo en los hospitales o en los servicios y en general quedan restringidos a los pacientes internados, no a los pacientes ambulatorios que son una gran mayoría de pacientes y muchas veces el hecho de que no estén internados no hace que sus situaciones clínicas sean menos complejas.

Y a esta situación del Ateneo, en la parte clínica del Ateneo, se agrega un hecho, o mejor dicho dos, que hace de lo que es la participación de los miembros del Centro de Consulta Médica Weizsaecker en este Ateneo. Por un lado el hecho de que el paciente nos haya contratado a nosotros hace que frente a esta discusión entre el especialista y los médicos, el paciente tenga su representante, es decir el paciente está representado por las personas del Centro Weizsaecker que han sido consultadas y de alguna manera

defienden los intereses del paciente. Con esto no quiero decir que los intereses del médico y los intereses del paciente necesariamente sean opuestos. Pero muchas veces ocurre en los Ateneos que nosotros les preguntamos a los especialistas, y en que podría beneficiar al paciente hacer este estudio y para qué el paciente necesita saber, necesita saber el médico?, necesita saber el paciente?, qué riesgo tiene este estudio?. Esto me parece que también es un aspecto central.

Esto hace que la medicina que se puede hacer a través del Estudio Patobiográfico ya sea una medicina muy distinta a la que se pueda hacer fuera del contexto del Estudio Patobiográfico.

El otro elemento que aporta la presencia de los miembros del Centro Weizsaecker es el aspecto psicoanalítico que obviamente es menos novedoso y Uds. comprenden la importancia, porque cuando los médicos están dando una determinada indicación lo hacen a partir del comportamiento de una población evaluada estadísticamente en relación a ese particular procedimiento diagnóstico o terapéutico. La presencia de un psicoanalista que está profundamente interiorizado y profundamente comprometido con la vicisitud particular de ese paciente en particular, puede contribuir a pensar cómo ese paciente en particular va a responder a esa particular indicación terapéutica o diagnóstica. Este era el primer elemento que quería traer. Me parece que es un aspecto que por ahí me imagino que no va a generar demasiado debate, pero es un aspecto que se menciona poco y creo que vale la pena destacarlo.

La segunda cuestión nace de un interrogante que también tiene que ver con los Ateneos porque genera un poco de sorpresa, a mí mismo y por ahí a las personas que participan por primera vez en un Ateneo, que se pueda corregir una resignificación a partir de la lectura de la resignificación sin que la persona que corrige la resignificación esté particularmente interiorizada con el caso, haya leído la Anamnesis o a veces inclusive ni siquiera conozca al paciente.

Tratando de explorar un poco en este interrogante recordaba que Chiozza sostiene que la resignificación puesta en el lenguaje de la vida, si uno lo sacara de su contexto podría parecer algo inocuo y solemos ejemplificar esto diciendo que es como una llave que en sí misma no tiene mucho valor, pero que puede adquirir mucho valor para el sujeto que tiene la cerradura que abre esa llave. Como si uno dijera, si uno lee una resignificación le parece que es una cosa inocua y en cambio el paciente que la recibe le da mucha importancia. Sin embargo esto no ocurre tan así. Cuando uno lee una resignificación bien hecha, en general, aunque uno no sea el destinatario de esa resignificación, uno se conmueve y se conmueve mucho y esto lo vemos habitualmente y tiene sentido que sea así.

Primero porque aunque nosotros ni siquiera compartamos la patología que tiene ese paciente, si la resignificación es una historia y la historia toca una temática, de alguna manera las temáticas son universales, quiere decir que en mayor o menor medida todos compartimos todas las temáticas y por lo tanto esa de la cual se ocupa la resignificación.

La segunda cuestión es que si la resignificación sólo tuviera significado para el paciente al cuál esta dirigido, no se podría hacer esta corrección de la resignificación a partir de leer la resignificación sin conocer las particularidades del caso. Y entonces surge este interrogante: cómo alguien que no está interiorizado, que no leyó el material, el cuento, la anamnesis, la película... cómo esta persona puede corregir la anamnesis, cómo puede decir "no, esto no le pasa al paciente" después de que el que supuestamente escribió la resignificación sí hizo la anamnesis, la estudió, la leyó. En realidad aunque parezca sorprendente no es tan distante a lo que ocurre, por ejemplo, en una supervisión, en una supervisión colectiva donde leemos unas pocas frases del material y vamos de alguna

manera... partimos en una supervisión colectiva de distintos puntos de vista, de distintas impresiones, pero al final llegamos a un acuerdo general.

Si bien nosotros solemos destacar lo falso de la presunción de objetividad ya que cada punto de vista siempre compromete una subjetividad, también digamos lo contrario: que en nuestra disciplina no hay al menos, menos objetividad que en las demás y, de alguna manera si al paciente le pasa algo y si podemos de alguna manera identificar eso que le pasa, está lo que le pasa y está lo que no le pasa, es decir algún género de objetividad hay.

Ahora, cómo sabemos qué es lo que le pasa al paciente y cuál es el tipo de material que necesitamos para determinar qué es lo que le pasa al paciente.

En otra oportunidad cuando presenté el trabajo El Psicoanálisis y el Estudio Patobiográfico, tratando de emparentar la resignificación del Estudio Patobiográfico con la meta del tratamiento psicoanalítico, recurrí al concepto freudiano del construcción y rescataba una cita en la que Freud dice “que lo que mejor describe la tarea del psicoanalista es el concepto de construcción mucho mejor que el concepto más difundido de interpretación”.

Con respecto a la interpretación Chiozza dice “que a las interpretaciones no se les aplica el concepto de certeza sino el de adecuación. Las interpretaciones no son ciertas o falsas, ciertas o equivocadas sino que son adecuadas o inadecuadas”. Si hasta donde se puede quisiéramos buscar un correlato de esto que Chiozza afirma para las interpretaciones en relación al tema de la construcción de una historia, podríamos decir que a las historias, cuando construimos una historia no perseguimos la veracidad sino la verosimilitud. Y justamente me parece a mí, y esto es lo que propongo a discusión, aquello que nos permite reconocer un error en una resignificación, independientemente de lo particular del caso, se debe identificar una concatenación de hechos que resultan inverosímil.

Así en los Ateneos solemos decir “esta vivencia no pudo haber generado este drama o falta algo o tiene que ser otra vivencia o tiene que ser otra cosa”, “si el paciente sentía esto no pude haber hecho esto otro”. Y cuando arribamos a una historia que nos resulta verosímil podemos sentirnos con cierta seguridad de que estamos frente a una interpretación correcta. Así como cuando, por ejemplo, nosotros psicoanalistas elegimos una película y nos proponen ver un drama psicológico en general nos causa antipatía porque solemos detectar todas las inverosimilitudes de ese drama y por ahí si vemos una película bélica la disfrutamos más y podemos pensar que al militar le pasará lo contrario y reconocerá en esa película bélica que a nosotros nos conmueve un montón de inverosimilitudes que no detecta por ahí en una película de un drama psicológico.

El tercer tema es un poco retomar una cuestión, un interrogante que había quedado planteado en ese trabajo al que me refería del Estudio Patobiográfico y el Tratamiento Psicoanalítico, que es el siguiente: Solemos comparar el tratamiento psicoanalítico y el Estudio Patobiográfico diciendo que... en una metáfora, en una metáfora que no la profundizamos mucho más allá, diciendo que mientras que uno, el tratamiento psicoanalítico, es longitudinal, el Estudio Patobiográfico es transversal.

Esta metáfora se apoya principalmente en dos cuestiones. La primera es en el tiempo que involucra cada uno de ellos y la segunda es que mientras que el Estudio Patobiográfico está dirigido al síntoma o a la enfermedad, el tratamiento psicoanalítico abandona esta direccionalidad, por decirlo así, a la síntesis inconciente y analiza lo que vaya surgiendo y no esta tan dirigido a los síntomas.

El interrogante es el siguiente: Si comparamos entonces los primeros tratamientos psicoanalíticos que realizaba Freud, que se sustanciaban en pocos meses, que estaban dirigidos a los síntomas neuróticos y que estos síntomas se los comprendía en términos de un pasado histórico, de una particular historia ¿Podríamos decir que aquellos

tratamientos de Freud se parecían más a nuestro actual Estudio Patobiográfico que a lo que es actualmente un tratamiento psicoanalítico?.

Muchas gracias.

Intervenciones del Doctor Gustavo Chiozza.

1)

Con las distintas participaciones me fueron surgiendo muchas cosas interesantes.

Empiezo por una cuestión, recién vos decías “la historia del paciente es inabarcable y lo que trae es un episodio, una historieta”. Yo comprendo en el sentido en que lo decís, pero de alguna manera me parece que más que pensar en un episodio, si no es fructífero pensar en una versión porque en un sentido... vos hace un tiempo me comentaste de una metáfora que te parecía muy lograda, que yo la reproduzco con tu permiso “es que cuando uno va por una calle, por ejemplo, en dirección norte-sur, el futuro es el norte y el pasado es el sur. Cuando uno gira noventa grados, ahora el futuro no es más el norte sino que el futuro es el este. Pero resulta que ahora uno se da vuelta y pareciera como que el pasado es el oeste”. Entonces a mí me parece... claro a eso me refiero... por eso decía lo de la versión porque más allá de la historia verdadera, efectivamente sucedida, que excede inclusive las posibilidades de la memoria. Cuando el paciente cuenta toda su historia o lo que él considera su historia siendo una resignificación actual de esa historia y cuando nosotros resignificamos esa historia, a veces se ve, por ejemplo, en un estudio, en un siguiente estudio; Uds. saben esto se ha dicho muchas veces que en una época si un paciente volvía hacer un estudio se pensó que se podía hacer una actualización de datos, en el sentido los datos nuevos desde el estudio anterior hasta ahora. Y después se vio que no, que había que hacerla toda de nuevo porque el paciente cuenta otra historia que no necesariamente es opuesta o absolutamente distinta, pero aparecen hechos que antes no estaban. No es que el paciente no los recordaba, los tenía reprimidos, podría ser una posibilidad, pero no le daba la significación. Entonces ahora es como si de alguna manera con parte de los mismos personajes y parte de los mismos hechos y personajes nuevos y hechos nuevos se construyera una nueva versión de esa historia que ya es una nueva historia.

El otro tema que de alguna manera... yo anoto en una libreta desde hace unos años las inquietudes que se me generan. Ahora para la mesa la estuve revisando para armar estos interrogantes que traje. Con la intervención de Mirta me acorde que me había olvidado de una anotación que la voy a retomar en este sentido. Esta cuestión de los tratamientos que hacia Freud al principio, que ya estaba en el trabajo anterior, no es que lo traje ahora, que podía tener una similitud con el Estudio Patobiográfico en el sentido de que eran más transversales. En algún sentido han generado una necesidad de pasar a un tratamiento psicoanalítico más longitudinal y el tratamiento analítico que hacia Freud en un comienzo fue transformando en el tratamiento psicoanalítico que hacemos nosotros ahora. Pero resulta que en el tratamiento psicoanalítico que nosotros hacemos ahora nos empezamos a encontrar, con el valor también de un interrogante, que cada tanto vendría bien que un paciente aún analizándose hiciera un Estudio Patobiográfico. No solamente “él” “un”, como decía Mirta, sino que inclusive más de uno. Y desde la otra vereda, desde el Estudio Patobiográfico muchas veces cuando tenemos pacientes, nosotros principalmente, que se hacen varios estudios en el correr de su vida... si por ejemplo, a mí me ha pasado de intervenir en un estudio de una persona después de 2 o 3 años volver hacer un estudio de esa persona; después de 4 o 5 años me toca otra vez intervenir en el estudio de esa persona. Y uno ve en un sentido la vivencia que describía en un principio, las historias van cambiando y cada vez cuenta una versión distinta. Pero al mismo tiempo hay significados que van decantando y quedando allí. Y muchas veces uno tiene la sensación, que a veces

inclusive lo manifestamos con estas palabras, de que muchas de las cosas que uno ha comprendido escapan a la posibilidad de decírselo al paciente todo de una sola vez y entonces a veces decimos esto quedará para otro estudio. Y muchas veces vemos que cuando una persona hace varios estudios recién por hay, no quiero decir que los anteriores no tengan su particular efecto... y sobre el tema del efecto quería comunicar algunas cosas... pero es como que muchas veces apuntara un aspecto caracterológico, profundo, muy arraigado, en la esencia de esa persona... a veces lleva más de un estudio, lleva dos o lleva tres o lleva cuatro... y entonces ahora me surgía esta inquietud. Pero entonces por un lado es como si otra vez haciendo los estudios nos pasara lo mismo que le paso a Freud que tuvo que ir alargando el tratamiento a un tratamiento longitudinal. Entonces si el tratamiento longitudinal necesita de tanto en tanto, o mejor dicho necesita, se beneficia de que tanto en tanto el paciente ha dado un tratamiento transversal y el tratamiento transversal al mismo que hace su beneficio y aún que el paciente se este analizando, uno genera la sensación de repetir esta transversalidad, no por nuevas vicisitudes que se van a agregar, sino por las mismas que ya estaban en el primer estudio. Entonces uno empieza a pensar, pero entonces hay una relación entre lo longitudinal y lo transversal o si Uds. quieren entre el tratamiento psicoanalítico y el Estudio Patobiográfico, de mutua necesidad y complementariedad que es muy rica. Y yo en el encuentro pasado, que me tocaba hablar de una mesa del estudio, mi inquietud había sido... nosotros teníamos que hacer esta mesa en un encuentro internacional, el que hicimos en Buenos Aires, para un montón de personas, y hablar del Estudio Patobiográfico que en general las personas que conocen el estudio desde adentro son muy pocas, entonces mi inquietud era decir "haber como puedo yo hacer que un psicoanalista desde su propia experiencia clínica pueda comprender que es lo que sucede con el estudio, con la técnica del estudio. Y entonces encontré el tema este de la construcción. Y entonces fui a leer el tema de la construcción que yo no lo tenía tan claro porque además es un artículo que pasa demasiado desapercibido en técnica el de las construcciones. Y Freud dice, que lo retomaba en la introducción esta vez, que lo que mejor define la tarea del analista es la construcción y lo que pasa que esto pasa desapercibido porque solemos hablar de interpretaciones. Pero yo creo que con mucho... tengo la cita ahí, la tengo textual... es construcción lo que mejor define. Y dice, construcción por ejemplo esto, que Uds. hace su daño equis, la conocen. Yo decía en ese trabajo qué analista en algún momento de su tarea clínica por más que él no haga construcciones verbalizadas como dice Freud, por más que él interprete, internamente parte de su inside tiene que ver con una resignificación, por eso lo que metapsicológicamente sería el inside, metahistóricamente sería la resignificación, y el analista se le presenta la comprensión de lo que después va a ser objeto de la interpretación con esta característica, de una historia, de haber comprendido en términos históricos. Justamente en esto hacia radicar yo, lo que podía enriquecer la práctica de Estudios Patobiográficos al analista, el hecho de manejarse con estas historias y aprender de alguna manera a darle a estas historias... inclusive en ese trabajo hacia todo un desarrollo acerca... lo ejemplificaba sobre todo con el lenguaje hablado porque además el lenguaje es nuestro instrumento y entonces muchas veces uno vez que un analista quiere decir una cosa y ha dicho otra. Esto por más que haya resistencia, cierto fallido o alguna cuestión, uno debería decir, yo debería estar entrenado como para ser capaz de decir lo que quiero decir y tenemos que aprender a manejar mejor el lenguaje. No es lo mismo decir "Ud. nos dijo tal cosa" que decir "como Ud. nos dijo", implica una participación distinta o no es lo mismo decir "a nosotros nos parece" que decir "parece que", parece que es más persecutorio; a todo el mundo le parece. Entonces parecería como si esta situación de la historia que se construye de una manera particular, en tres actos, con una presentación, nudo y desenlace. Me preguntaba si la historia no sería de alguna manera

el vehículo privilegiado de la interpretación, es decir uno puede hacer una interpretación pero cuando la interpretación está vertida en una historia... porque por ejemplo los mitos y las leyendas y las historias constituyen de alguna manera un hecho tan importante del desarrollo cultural, como si de alguna manera las cosas que nos llegan a través de las historias pudieran llegarnos de una manera que por ahí no nos llega las reflexiones o la sabiduría o los pensamientos que de alguna manera constituyen esa historia. No sé si lo puede decir en mejores términos.

Y justamente me parece, y esto también hace mucho al procedimiento porque durante muchos años yo y sobre todo viendo las experiencias que sucedían con otros grupos que querían hacer Patobiografías, grupos o personas, y que querían hacer Patobiografías sin atenerse a la técnica o modificando la técnica y fracasaban una y otra vez. Me resultaba misterio decir como, digamos, han desarrollado una técnica para hacer estudios desde una situación en la cual los estudios no existían y esta técnica contempla todos los elementos del estudio; tiene que hacer con mi primer trabajo que yo decía "para hacer una resignificación necesitamos todos los puntos de la sinopsis". Yo decía, cuando hicieron la sinopsis evidentemente esto no estaba sistematizado de esa manera sino yo no hubiera escrito el trabajo. Pero cuando yo busco una sistematización adecuada me doy cuenta que prácticamente todos los elementos de la sinopsis cumplen un papel en la resignificación. Y entonces me parecía como que de alguna manera la realización de los estudios estaba muy ligada a esto procedimiento. Y hoy día con el tiempo cada vez me doy cuenta que este procedimiento podría ser este y podría ser otro si yo no le recomendaría a una persona que se inicia improvisar otro y le recomendaría aprender muy bien este porque este sí da resultado. Pero cada vez más, y esto por eso quería aclarar también lo del funcionamiento de los Ateneos en donde se empieza a leer la resignificación, "no, a mí no me parece" "no, a mí no me parece" "que tiene que ser así" "que tiene que ser aza" y sorprende que uno diga "pero como si el Anamnesista, el jefe de equipo, estuvieron laburando un montón con la Anamnesis". Es cierto lo que dice él de que parte de ese laburo esta no en el papel y por ahí si uno le manda el papel por fax le daría mucho más trabajo hacer la... pero entonces es que de alguna manera lo que nos permite hacer los estudios bien es algo que tiene que ver con haber hecho muchos estudios. Pero también es algo que tiene que ver con este conocimiento intuitivo o aprendido de las historias, de las temáticas, de los dramas, de verosimilitudes. Y entonces en este sentido es como si uno dijera "esto es lo que nos nutre el trabajar a la manera del Estudio Patobiográfico con historias. Es cierto que también nos nutre ser psicoanalista y escuchar paciente de cincuenta minutos varios por día durante muchos años. Pero el vehiculizar todo ese material y confeccionar estas historias me parece que hay un aprendizaje distinto que también de alguna manera te pone más en contacto sobre donde esta la inverosimilitud, que es lo que funciona, que es lo que no funciona. Y al mismo tiempo cuando nosotros interpretamos, probablemente saliendo de la atención flotante, muchas veces saliendo el letargo; la interpretación es un producto mucho más rústico que una resignificación escrita en donde uno mide, estudia, busca sinónimos, otro te sugiere "no, tal palabra no" "ponele esta" "ah, esa, esta buena porque esa además tiene una redundancia extra sistemática contar otra cosa". Y de alguna manera si esto se puede aprender, yo creo que se puede atender, evidentemente cuando una regresa de esta tarea a la interpretación, tiene que ser distinto. No puede ser de otra manera.

Y el otro punto que quería también plantear como cierto interrogante que surgió a partir del último estudio que hicimos y el otro día la invitamos a Mirta al seminario a contarnos como había andado porque los alumnos fueron al Ateneo. Es el tema, que también es interesante, como evaluar la repuesta del paciente en la resignificación. Muchas veces uno... yo tengo una experiencia de bastante frustración porque por ahí a veces hacemos

una resignificación que al equipo nos satisface muchísimo, decimos “ah, esto le va a venir bárbaro” y después la sensación cuando uno se la lee al paciente es como que uno viene en un tren bala, el paciente va en carretilla y uno en vez de transportarlo, lo revolea. Uno tiene la sensación de decir “pero no sé cuanto lo modifíco, cuanto lo entendí, cuanto lo intelectualizó”. Y también muchas veces, inclusive visto esto desde el lado del paciente, yo también me hecho estudios, a veces uno tiene la sensación de que la resignación es como esas cápsulas de liberación sostenida y que algo que uno no sabe que, que va adentro y en un determinado momento pasa una cosa y uno se acuerda de lo que nunca se acordó, es decir nunca me acorde que me dijeron. Y de repente a uno le viene una imagen y eso opera. Y creo que también es un tema que, al menos yo no comprendo del todo bien. Si teóricamente es fácil hacer conciente lo inconciente, es la liberación de la catésis retenida. La teoría esta. Por ejemplo, que el paciente tenga una repuesta emotiva lo consideramos una cosa muy importante, pero el paciente no siempre tiene una respuesta emotiva y muchas veces la repuesta emotiva no esta ahí en presencia nuestra. No quiere decir que no lo tenga. Entonces este también es un tema que a mí me genera inquietud. Otras veces, por ejemplo, si me ha pasado de ver Clark Kent se transforma en Superman ahí, delante de los ojos. Es decir leerle una resignificación al paciente, sí, sucede lo de siempre, el paciente esta de acuerdo con una parte, otra parte sí, es la historia de mi vida, es lo que yo conté, este tipo de cosas... y en momento de la charla, que ahora yo me acuerdo un caso particular y no me acuerdo que es lo que le dije, le dije algo, y en ese momento yo vi la cara del cambio del paciente. Y fue uno de esos estudios donde después todo el mundo te dice “che, que cambiado lo vi a tal persona, no sabes que...” “esta cambiado”. Como si de alguna manera porque no solamente nosotros a veces... por ahí en la omisión hablamos de la resignificación escrita, pero después la resignificación escrita se trabaja una hora y media, dos horas, idas y vueltas, seguir a leer y a veces es necesario este trabajo de... no sé como llamarlo... de ir allanando los malentendidos que van surgiendo cuando el paciente oye y como el paciente oye cosas distintas que las que uno con tanto cuidado y tan perfección quiso escribir.

2)

Empezando por esto último yo también lo había anotado para mencionar. Por ahí a lo que se refiere Darío como carácter institucional me parece más bien... creo a lo que se refirió Obstfeld de que se diluyen las neurosis de transferencia tiene más que ver con el carácter de equipo. Es cierto que un equipo dentro de una Institución puede ser diferente a un equipo que no esta integrado en el contexto de una Institución con logo, es decir en cuanto a lo que pudiera experimentar el paciente. Pero si bien así como... yo lo había anotado también cuando Chiozza había hablado del tercero y la posibilidad de conversar con un tercero y corresponsable. Que del otro lado esta cuestión también esto ha sido señalado, pero yo creo que vale la pena siempre destacarlo, que es el valor de consenso que tiene la interpretación. Y por ahí la mejor manera de destacar la importancia que tiene esto es referirse a las vivencias que muchas veces tenemos en el consultorio individual de psicoanálisis cuando sentimos que la interpretación que estamos haciendo carece de este carácter de consenso. En cambio cuando nosotros decimos que el procedimiento es así... sí, claro, esta bien hay un consenso psicoanalítico pero hoy en día este consenso vale poco porque hay analistas que trabajan de otra manera y que sé yo; digo ya inclusive referido a aspecto del encuadre, que también hay aspectos del encuadre que se presentan en el estudio como cuando el paciente dice “yo me quiero llevar la resignificación”. No, porque es así ¿por qué no?. El método es así, no lo hice yo “discúlpeme no se lo puedo dar”. Te evita el tener que discutir el método. Esto es en el ejemplo más insignificante. El cierto que a nosotros nos parece que lo que a Ud. le pasa es esto, no es él a mí me parece, y el paciente dice “a mí no”. Uno a uno. Se entiende.

Esta cuestión del consenso es parte del efecto terapéutico me parece también, es una parte importante del efecto terapéutico.

Silvia hablaba de los pacientes que se van enojados. Y también en esta cuestión hay que hacer una consideración importante porque yo creo... no porque lo haya vivido, sino sobre todo porque me lo han contado, en las primeras épocas del Centro Weizsaecker también ocurría más a menudo. Y yo creo que sucedía que al tener menos confianza uno en el método tenía necesidad de decir más cosas, de estar seguro que el otro entendía las cosas que uno decía y esto muchas veces llegaba a ser más cruento. Mientras que en la medida que uno va ganando confianza en el propio método también va ganando experiencia en el sentir de que no se puede decir todo, que uno puede decir una parte, que en todo caso si el paciente entiende esta tengo un poco más para decir, pero si no entiende esta tendrá que ser para otra oportunidad porque se lo diga tampoco va a valer la pena. A esto también un poco yo me refería con la cuestión del tren bala, no en el sentido de las veces que uno se equivoca y dice una cosa de la manera en la el paciente despierta las mayores resistencias. Sino que muchas veces uno tiene la impresión, todos, es el equipo, el Ateneo, dice "uy, cuando le digamos esto se va a conmover". Y uno va, se lo dice y no es que el paciente se conmueva. Por eso yo decía son esas cosas que a veces quedan adentro, como si de alguna manera evaluamos mal la posibilidad... no porque eso le sea inocuo sino que creo justamente lo contrario, que lo conmueve más de lo que lo puede conmover. Entonces es como que de alguna manera se defiende, se disocia y probablemente cree haber entendido que le dijimos una cosa distinta a la que le dijimos. Se entiende.

Obstfeld preguntaba con relación a lo que yo había dicho, si la interpretación vehiculizada en una historia no se puede intelectualizar más. Yo creo que no, prueba de ello es la resignificación del estudio. Creo que es una diferencia entre lo que es una historia y lo que es una sucesión cronológica de hecho que muchas veces pueden ocultar una relación causal. Entonces cuando nosotros estamos hablando de una historia como ese pequeña ejemplo de construcción que dice Freud y que yo traigo en el trabajo "Ud. hasta su año equis fue el único irrestricto poseedor de su madre, pero vino un hermano y nunca más volvió a consagrarse por entero". Es más que una relación causa-efecto, hay una cantidad de emociones descrita en estas palabras. Fíjense que yo justamente lo tomaba a propósito porque Freud lo hace a título de ejemplo, hace un parrafito así. Pero así se construye las resignificaciones, con esas sustancias. No con esas relaciones causales, sino con esas relaciones significativas. Y por eso cuando hacemos una resignificación, inclusive yo tenía oportunidad ahora en el seminario de leer una resignificación e ir mostrando cómo están escondidas un montón de cosas que no van a la cabeza, van al corazón ¿a través de qué?, a través de las palabras. Fíjense que acá cuando le decimos esto, en realidad estamos aludiendo al vínculo incestuoso con el hermano, me acuerdo un ejemplo concreto. Pero no le estamos hablando del vínculo incestuoso con el hermano, pero estamos diciendo una frase que tiene un contenido erótico-sexual en la redundancia extra sistemática. Se entiende. Entonces justamente al haber aprendido a hablar con el paciente y a hablar mejor, muchas de las cosas que le decimos de alguna manera están ocultan en las formas de decir. Por eso también se nos hace muy necesario que la resignificación este puesta por escrito porque después en el lenguaje oral cuando uno expresa por ahí no se acuerda la expresión, la reprimió. El efecto que tiene ciertas palabras, yo lo ponía en el trabajo, en el ejemplo que no es lo mismo desvestir y desnudarse; el desnudarse de alguna manera hace una referencia implícita al estar desnudo, que no es lo mismo que el desvestirse que genera la idea de sacarse la ropa, pero que no menciona el que cuando uno se saca la ropa se queda desnudo. Entonces al mencionar en la misma construcción gramatical de la palabra "desnudo" tiene un efecto, un efecto que justamente sortea el intelecto y va directamente a la emoción. Por eso de

alguna manera las resignificaciones... y como decía Chiozza citando a Freud que ya lo decía Freud... que en última instancia cuando uno quiere transmitir lo que ha vivido con un paciente y lo quiere poner por escrito se encuentra que es efectivo para transmitirlo cuando eso que escribió empieza a parecer literatura. Y Chiozza dice "lo que buscamos es justamente literatura". Entonces me parece que... el otro día mi hijo estaba estudiando para el colegio en italiano la Guerra de Troya, lo de la Iliada. Entonces como estaba escrito en italiano, había palabras que no entendía, me preguntaron y entonces yo le contaba la historia de Troya. Y entonces me causo mucha gracia la versión que yo le contaba y la versión que le contaba mi mujer, porque yo le contaba de Elena y París y Anabonon; y ella decía "porque Troya era una ciudad muy importante comercialmente y marítimamente, era un puerto donde estaban todos..." y yo decía "claro, está bien eso podrá haber sido porque el interés económico de la guerra, pero la historia...", digamos una cosa sería la narración de hechos que dicho sea de paso esta equivocado porque ni siquiera es seguro que haya existido Troya y otra cosa es el mito. Entonces cuando a la historia que vincula a la interpretación yo me refería en este carácter mítico. Y para ejemplificar esto y que de paso sirve para comprender un poco mejor el efecto que tiene la Anamnesis sobre el paciente. Nosotros solemos decir y comprender y estar de acuerdo en que estamos contruidos por historias, somos un conjunto de historia, al menos desde un punto de vista. Pero si viésemos un conjunto de historias nos manejamos con significados, que no es lo mismo que historias, es decir para cada una de las historias que nos componen nosotros tenemos una etiqueta y esa etiqueta es un significado y el significado es mucho más comercial y transportable que la historia en sí. Por ejemplo, del episodio de la separación de los padres del paciente, el paciente guarda... de toda esa historia el paciente guarda un significado, un significado que por ejemplo es papá nos abandono, papá abandono a mamá. Cuando el paciente tiene que hacer la Anamnesis no nos pueda dar las etiquetas del fichero, tiene que abrir el expediente y contarnos que fue lo que paso. En el mismo acto de contarlo desde una óptica distinta que cuando por última vez él abrió ese expediente y lo archivo bajo esa carátula que es "papá nos abandono"... ahora que, por ejemplo, esta por separarse de él o que ya esta en otra etapa de la vida donde esta casado y conoce más cosas de la vida conyugal que de chico en el momento que etiqueto eso no lo conocía y abre ese expediente, el significado se vuelve a transformar en una historia y no necesariamente en la misma... ya él mismo hace una propia resignificación porque uno no se esta contando a uno mismo su propia historia, uno de por sentado que la conoce y se maneja con esa historia que supuestamente conoce, pero no es la historia, es la etiqueta de la historia. Por esto abrir todas estas carpetas de alguna es tan conmovedor.

Y también pensaba... digamos nos damos cuenta de la dificultad que implica construir una resignificación. Y en esto sentido mientras estaba escuchando y todas las participaciones, me resignifique lo mismo... se acuerdan que en la participación dije "la resignificación en el lenguaje de la vida sacada de su contexto tiene carácter algo inocuo" dije "en realidad no es así porque nos conmueve". Pero también hay algo de cierto también en eso porque muchas a uno le da la impresión frente a la resignificación ya terminada, sino la hizo uno sobre todo y si uno nunca ha hecho una resignificación, de que es fácil. Como muchas veces a uno le parece que uno podría hacer una película, que hacer una película no es tan difícil sobre todo inclusive si es una película basada en ciertos hechos, bueno, bastara con contarlo, un poco más, un poco menos. Y en realidad el trabajo de construcción no siempre se nota en el resultado, son estas cosas que están ocultas, esta dirección de las palabras, el como se encadenan los hechos, no los hechos, no me sale una palabra mejor, los significados o los sucesos narrados por el paciente, y como lo que el paciente dijo en un sentido nosotros vamos aprovechar para utilizarlo en otro sin que él se de cuenta y entonces parece que él lo dijo, pero en realidad no es lo que él dijo. Muchas

veces el paciente dice “esto es lo que yo le conté” y nosotros sabemos que no es lo que él nos contó. Que nosotros usamos lo que él nos contó ordenado de una manera distinta casi sin que él se dé cuenta porque de alguna manera esta manera no necesitamos mostrarle que nosotros hemos comprendido muy bien y que inteligente que somos. Por eso como decía Eduardo en su participación, partimos de los puntos de coincidencia porque si tenemos que decirle una cosa y podemos encontrar la manera de casi, casi, decir que él la dijo es mejor que lo diga él que la diga yo, como dicen los abogados “a confesión de parte relevo de pruebas”.

Otra cuestión que también tenía que ver con esta cuestión del método que había planteado ya hace un... en realidad cuando yo escribí el trabajo de la sinopsis a la resignificación había encontrado que útil era la resignificación, inclusive hablando con Eduardo, con Rita Parlani. Coincidíamos de que en realidad si una sinopsis no esta bien hecha y si un cuadro no esta bien completo sobre todo el lenguaje de órgano que es la parte más difícil, si una sinopsis no esta completa no se puede hacer una buena resignificación. Y todos coincidíamos en esto y yo ferviente admirador. Y después con los años empecé en algunas ocasiones a sentir... no siempre... pero en algunas ocasiones me era menos significativo el trabajo de hacer la sinopsis, casi me era una demora y en realidad se podía cortar un poco de camino. Lo digo esto con absoluta prudencia porque no es fácil cortar camino. Y muchas veces trabajando en ciertas condiciones inusuales como, por ejemplo, en Italia; lo he visto por ejemplo a Chiozza elaborar una resignificación a partir de que yo le lea la Anamnesis, no una resignificación escrita, es cierto, decir acá los puntos son pim, pam, pum, pum. Y entonces uno dice... claro, evidentemente no quiero con esto menospreciar el método. Pero yo también creo que de alguna manera en la medida en que... (cambio de casete del lado B al A del tercer casete)

... más en los demás en los demás”. Pero a veces había como un cierto menosprecio cuando uno decía “bueno tal persona se analizo con Freud en mes caminando por el Rin” y ese fue todo el análisis que hizo. Yo independientemente de que no dudo que no se podría comparar en cuanto a la persona en cuestión haberse analizado por ahí como nos analizamos nosotros, largo período, una gran cantidad de sesiones, con otro encuadre. Pero si lo pensamos en término de la capacidad que ya vemos que tenía Freud y lo pensamos en término de este Estudio Patobiográfico, de alguna manera a uno se le resignifica, es decir esta posibilidad de poder encontrar una persona con la cual... una persona como... esta experiencia que nos va dejando el hacer tanto estudios y cada vez estar más entrenados en el método. De alguna manera yo creo que... no sé si estoy pudiendo transmitir esta cuestión... en aquél trabajo yo ponía la frase que cita Weizsaecker, que dice “igualmente mortal para el espíritu es tener un sistema que no tener ninguno”. Yo en aquél trabajo lo había puesto casi como diciendo “yo voy hacer un sistema, pero no se lo tomen demasiado enserio”. Y también el epígrafe tiene la contracara. A veces de alguna manera el poder liberarse del sistema también tiene su cuestión beneficiosa. Aunque no quisiera con esto que se interprete como que yo estoy proponiendo salirnos del método habitual. Estoy hablando de que en última instancia la interpretación no esta en el método, aunque probablemente para la mayoría de nosotros es imposible alcanzarla sin el método.

La última cuestión, es esta cuestión que traía Chiozza, en la enfermedad como una segunda oportunidad. Porque me doy cuenta de que lo había entendido siempre, pero lo había entendido un poco mal. Porque uno dice, bueno la primera oportunidad es no enfermarse y la segunda es enfermarse para de alguna manera descubrir que uno no está yendo por el camino adecuado y entonces tener la posibilidad de deshacer ese desvío y retomar el camino adecuado si le quisiéramos poner una metáfora gráfica. Pero en realidad él leía esto me hizo acordar que había leído... un director de cine escribe las notas de la realización de las películas y entonces durante la producción de la película se

enferma de hepatitis y me llamo mucho la atención un comentario que él escribe, que él se siente mal, va a ver al médico, le dicen que es una hepatitis. Entonces pone “me explicaron que esta hepatitis deja inmunidad y por lo tanto es la única vez en mi vida que voy a tener hepatitis”, Y entonces él hace una reflexión que a mí me llamo mucho la atención, dice “y esto me puso mal”, como diciendo “es la única oportunidad en mi vida de tener una hepatitis, ¿la tengo que aprovecha toda ahora?”, es como decir, tengo que vivir esta experiencia ahora porque no se va a volver a repetir. Y entonces digo: claro, pero yo estoy pensando en la enfermedad otra vez, como dice Weizsaecker, fuera con esto. Y cuando yo entendía lo de la segunda oportunidad, lo entendía también en este sentido como “sí, es una oportunidad, pero una oportunidad para volver”. Se entiende. Y claro, es justamente el mismo tema que yo planteaba, en términos teóricos, con el tema del afecto como símbolo. Digamos el afecto no solo como ineficacia de la acción que denota, ojo que hay una acción ineficaz, corregí, sino el afecto que esta simbolizando no solo la ineficacia sino donde debería estar la eficacia. Y entonces también esta idea la enfermedad como una posibilidad no tanto como un volver a la senda del bien, sino de alguna manera la enfermedad como un aprendizaje, como un transitar ese proceso y enriquecerse con el proceso mismo. Evidentemente como terapeutas, lo dice Racker, necesitamos odiar a la enfermedad, es decir necesitamos decir nosotros estamos en contra y propugnamos por el camino sano y odiamos el camino enfermo. Pero estas palabras de Weizsaecker de que no debemos tener la actitud, fuera con ella, sino sí, pero no así. De alguna manera... en fin... yo siempre lo había entendido sin darle tanto valor a esta... cuando pensaba en la segunda oportunidad sin darle tanto valor a esta cuestión de “sí, pero no así”, es decir como que la enfermedad también es un aprendizaje.

La última cuestión con respecto a la resistencia. Cuando Eduardo dijo “la resistencia más grande es grabar” yo estaba esperando haber que decía y cuando dijo “grabar” dije bingo, somos dos. Digamos seremos más lo que tenemos la resistencia, pero si uno tuviera que decir que es lo que más resistencia le da, decir “grabar”, yo no hubiera estado tan seguro de que todos hubiéramos dicho lo mismo. En realidad yo creo que tiene que ver... y después Silvia decía que le daba resistencia la resignificación hasta la mitad, como si la resistencia va disminuyendo cuando el proceso se pone en marcha. Y el grabar es como, al día siguiente del banquete acordarse de la comida que uno le da ganas de vomitar porque eso no está digerido. Y después cuando uno termina de hacer una Anamnesis no es que uno ya entiende y ve clarito lo que hay que decirle. No. Que uno tiene un maremagno de confusión. Sí, hay algunas cosas que le pareció entender, pero después en realidad no sabe que le pasa al paciente frente a esa cantidad de material. Pero también es cierto que el grabar genera más resistencia porque uno lo puede posponer. Pero en realidad... después me quedé pensando si yo tuviera que decir que es lo que más resistencia me da, es encontrarme con el paciente, la situación en vivo. Claro, uno esa no la pospone, o sea todo el día. Pero cuando yo tengo que sacar la resignificación enfrente al paciente, eso me provoca una... para uno no la registra tanto porque no la puede evitar entonces la enfrenta, la supera. Pero inclusive leer resignificaciones pasadas, que por ahí yo hago mucho por el tema del seminario, también me vuelve a despertar una resistencia con una particularidad, que una vez que la leo no la puedo terminar de leer o sea no la puedo dejar hasta que no llego hasta el final, es como me atrapa. Pero cuando tengo que empezar a leer me despierta una resistencia... pero el otro día mis alumnos se enojaron porque íbamos a ver una resignificación y empezamos hablar de otras cosas, que esto, que lo otro; y ellos estaban ansiosos porque querían leer una resignificación y yo seguía hablando de otras cosas. Y después y bueno, empezamos de nuevo. No, un segundito. Me levante y fui al baño y ellos dijeron bajjjjj. Yo me di cuenta que yo lo hice por resistencia porque tenía fiaca de empezar a leerla. Como si uno se mete otra vez con ese animo. Y a veces con ciertas películas también o con ciertas novelas, las novelas uno no

las lee de nuevo, pero con ciertas películas nos pasa eso también; uno sabe que son buenísimas, pero no le da ganas de verla.

3)

Sí, dos cuestiones. Una coincido con esto que decía Eduardo de una cuestión preventiva. Creo que también lo trata Freud cuando habla de la imposibilidad de vacunar para futuros conflictos. Si bien es cierto que hacerse un estudio puede tener un efecto positivo que va más allá de ese estudio y evitar otras cosas y que uno dice "me hubiera venido a ver antes de firmar el papel". También es cierto que no tendría sentido plantear algún estudio sin ningún motivo más que el preventivo, es decir evidentemente uno puede decir es mejor que antes de firmar el papel, porque lo que hay que tratar es si se firma o no se firma el papel. Pero de alguna manera uno puede prevenir sucesos peores porque ya esta viendo como una actualidad presente que se encamina hacia esos procesos.

El otro tema es esto de la resistencia porque yo no me refería en este sentido que vos decís, yo identifico esta cuestión que vos planteas. Pero también identifico otra resistencia vinculada a esta situación en vivo con el paciente. Por ejemplo, muchas veces el experimento, como decía películas o con empezar un libro, sobre todo si sé que es un libro que me va a gustar y me va conmoviendo; es como si de alguna manera frente a la experiencia emocional intensa que eso supone, inclusive que uno, uno sabiendo que en el tránsito de esta experiencia emocional uno sale enriquecido y tiene aspectos que son agradables en cuanto satisfacen el interés, la curiosidad, dan satisfacción. Te genera como una resistencia como si uno dijera me tengo que preparar ahora para toda esta situación emocional. No tanto a la cuestión que también identifico desde otro punto de vista de la situación a la que uno después con el hábito la va venciendo. Con el hábito me sigue generando esta dificultad. Así que, por ejemplo, hay películas que yo sé que si las empiezo a ver me resulta muy difícil dejar de verlas, pero que si sé que las van a dar no las veo porque es como que te involucran emocionalmente de una manera muy intensa.