

# Entrevista a Betty Joseph<sup>1</sup>

*Susana Bidolsky, Claudia Bregazzi de Quiroga,  
Pablo Grinfeld, Norma Slepoy,  
Sara Zac de Filc y Amalia Zirlinger*

**Pablo Grinfeld:** Quiero preguntarle a la Dra., su opinión acerca de la influencia de la posmodernidad sobre el psicoanálisis. Se dice de esta corriente actual, a la cual se han referido importantes pensadores, que estimula el individualismo egoísta, sin trascendencia, de ahí que se la considere la era del narcisismo irrestricto. Usando conceptos psicoanalíticos, podríamos decir que, a diferencia de la época anterior –la modernidad–, que acentuaba los ideales del yo, la posmodernidad estimula el yo ideal. ¿Considera Ud. que esta situación, que conspiraría contra las metas psicoanalíticas, nos llevará a cambios en la teoría y técnica del psicoanálisis? ¿Piensa que en la actualidad hay otra psicopatología y otra clínica, refractaria a la técnica clásica?

**Betty Joseph:** *Yo no pienso ni aceptaré ese tipo de enfoque. Para mí es muy importante tratar de entender –cualquiera sea la patología– qué es lo que está pasando en la relación del paciente con la gente. A mí me parece que el psicoanálisis actual trata de tomar en cuenta las dificultades que la gente tiene en relacionarse. Yo creo que para que el psicoanálisis avance debemos aumentar nuestra sensibilidad y nuestra comprensión, de tal modo que seamos más sensibles y*

---

<sup>1</sup> Realizada en APdeBA el 21 de diciembre de 1995.  
Agradecemos la traducción a Sara Zac de Filc.

*permeables a lo que le está ocurriendo al paciente. No creo que debamos alterar nuestra técnica, sino hacerla más sensitiva, más sensible a lo que está pasándole al paciente, y a lo que pasa entre el paciente y el analista. Esto implica que siempre va a haber un número de casos que no son apropiados para el psicoanálisis, y yo prefiero reconocer y aceptar este hecho, más que tratar de deformar el psicoanálisis para adaptarlo a ellos.*

**Norma Slepoy:** ¿Cuáles serían, a su entender, áreas posibles de investigación dentro de la técnica para favorecer esa sensibilidad?

**Betty Joseph:** *Yo no estoy segura de que pensaría en términos de áreas de investigación, sino más bien en el estudio cuidadoso de muchos casos en grupos pequeños, donde haya analistas que puedan trabajar en conjunto y que analicen mucho material clínico. En Londres tenemos un grupo que se reúne semana por medio y estudia en profundidad los casos; ésta es la única manera de poder ganar en comprensión y en permeabilidad. No sé si esto podría ser llamado investigación, pero es la forma en que nosotros hemos aprendido muchísimo, no partiendo de la concepción teórica, sino partiendo siempre, del caso clínico.*

**Amalia Zirlinger:** Yo tengo una pregunta “añeja” para hacerle, la conservo en mí desde su anterior visita, quince años atrás. En aquellas supervisiones Ud. nos señalaba si el analista había establecido, o no, “contacto” con su paciente. En los últimos días también le escuché decir si el analista estaba “cerca” o “lejos” de su paciente, si la interpretación “tocaba” o no al paciente. Quiero preguntarle, y creo no ser la única que tiene este interés, qué es el “contacto” para Ud., que quiere Ud. decir con “tocar” al paciente.

**Betty Joseph:** *Creo que con eso quiero decir dos cosas: ser capaz de escuchar al paciente de tal modo que el analista realmente pueda sentir lo que está pasando,*

*en lugar de escuchar sólo las palabras y dejarse llevar por ellas. Aún ahora, quince años después, puedo ver que algunos de los casos que se han presentado, muestran que el analista tiene el “sentir” del caso y del paciente, y otros, en cambio, escuchan principalmente las palabras, como si las palabras simbolizaran al paciente. Hay una enorme diferencia entre ambos enfoques. También quiero decir otra cosa, me interesa saber si el paciente puede resonar emocionalmente a lo que el analista está diciendo, porque hay ciertos pacientes en quienes es muy difícil lograr una resonancia emocional. El analista debe tener en cuenta si puede encontrar o no el camino para construir esa resonancia. Esto me parece lo más importante.*

**Claudia Bregazzi:** Esto último, ¿tiene que ver con lo que expresa en su libro acerca de que no es lo mismo contar con el material que tener al paciente?

**Betty Joseph:** *Sí. Algunos analistas toman en cuenta principalmente las palabras, las ideas del paciente, y no se fijan o no son sensibles a qué está haciendo el paciente con ellos, o qué es lo que intenta el paciente que el analista oiga, cuando dice lo que dice.*

**Pablo Grinfeld:** Recién nos decía que, en su opinión, la técnica psicoanalítica no debería ser cambiada y que, por el contrario, debe aumentar la sensibilidad de los analistas. En la supervisión de hoy, a propósito de un paciente psicótico, usted dijo algo que a mí me conmovió mucho: que quizás no deberían ser analizados estos pacientes y que en estos casos debía operar la psiquiatría. Esto me parece que conmueve mucho al ambiente de Buenos Aires en general.

**Betty Joseph:** *Yo considero que hay casos que, no siendo analizables, sí pueden ser contenidos por una psicoterapia de apoyo y un tratamiento psiquiátrico. Yo no creo que uno pueda pensar que a esos casos, después de diez años, uno los hace analizables.*

**Pablo Grinfeld:** Esto tendría connotaciones éticas. ¿Estaríamos faltando a la ética si analizamos pacientes que no son analizables?

**Betty Joseph:** *Sí, yo creo que sí; nosotros nos macaneamos a nosotros y al público cuando asumimos que podemos tratar casos que de verdad no podemos tratar. Pero muchas veces hacemos esto no porque queramos macanear, sino porque somos ignorantes y omnipotentes, y no nos damos cuenta.*

**Susana Bidolsky:** ¿Ud. sostiene esta posición solamente para el tratamiento de adultos o piensa que el psicoanálisis tampoco es adecuado para el tratamiento de niños psicóticos? En particular quería preguntarle por el tratamiento de estos niños, cuando son menores de cinco años.

**Betty Joseph:** *Eso depende de si la personalidad está totalmente psicótica o si hay una parte de la misma que, al no estarlo, permite trabajar y desarrollar una tarea analítica.*

**Claudia Bregazzi:** Esta diferenciación entre pacientes que podemos ayudar con el psicoanálisis –aunque sean de difícil acceso– y pacientes que no podemos ayudar con el psicoanálisis, ¿se haría mediante entrevistas, psicodiagnósticos o con algo parecido a lo que Freud llamaba el “tratamiento de prueba”?

**Betty Joseph:** *Yo prefiero ver a un paciente una o dos veces y testear la situación con entrevistas. No me gusta la idea de empezar un tratamiento con un paciente que desarrolla una transferencia fuerte y después interrumpirlo.*

**Norma Slepoy:** ¿Piensa que ha habido cambios en la aproximación de los analistas kleinianos al campo de la psicosis?

**Betty Joseph:** *Hace tiempo, al comienzo, había gente que trató psicóticos –en lo que yo llamaría un proyecto de investigación–, pero nunca pensamos que todos los casos psicóticos pudieran ser tratados con psicoanáli-*

*sis. Algunos analistas, que eran al mismo tiempo psiquiatras, tomaron uno o dos casos para ver si podían lograr algo que tuviese valor en el tratamiento, pero siempre fue visto como algo raro y experimental. Hanna Segal, Rosenfeld y Bion tomaron alguno que otro paciente, ningún otro.*

**Susana Bidolsky:** Yo creo que la idea de parte psicótica generó confusiones. En realidad, parte psicótica no es lo mismo que psicosis. La confusión sujeto-objeto que supone la psicosis no es la misma que la confusión defensiva.

**Betty Joseph:** *Aún más, la confusión también puede venir porque muchas veces hablamos de ansiedades psicóticas, que son absolutamente primitivas pero que nosotros, por supuesto, podemos tratar. Esto es distinto a la personalidad psicótica.*

**Norma Slepoy:** Es decir que en cuanto a la analizabilidad no ha habido modificaciones en el pensamiento de los analistas kleinianos. ¿Cree que hubo cambios en otros aspectos en los últimos tiempos, ya sea en el modo de aproximarse a la clínica o en cuanto a sus formulaciones teóricas? ¿Hay alguna que usted considere que ha caído en desuso?

**Betty Joseph:** *Volviendo al primer punto, ha habido un cambio en cuanto al optimismo; antes teníamos más esperanzas en poder tratar algún raro caso de psicosis, ahora tenemos mucho menos optimismo. Yo pienso que los cambios más importantes del pensamiento kleiniano tienen que ver con la técnica. En los primeros tiempos los kleinianos daban interpretaciones más directas en relación a partes del cuerpo y a partes del self. Actualmente están más interesados en interpretar en términos del funcionamiento de esas partes. O sea, en lugar de hablar directamente del pecho, hablar más de si el paciente puede incorporar, o si el paciente puede dar. Esto nos puede llevar indirectamente al "alimentarse de", en lugar de hablar directamente de las dificultades de la alimentación.*

**Amalia Zirlinger:** ¿Qué los llevó a este cambio?

**Betty Joseph:** *Lo que me llevó a mí a cambiar fue la sensación que lo que estaba interpretando no “entra-ba” en el paciente satisfactoriamente. Me podía satisfacer a mí como una linda y buena interpretación, pero no parecía tener un real sentido para el paciente; entonces, yo me encontré a mí misma hablando más y más de la experiencia inmediata del paciente conmigo, y sólo después relacionándolo con los aspectos más primitivos del self o del cuerpo, si era apropiado. Otro desarrollo importante tiene que ver con una mejor comprensión de la identificación proyectiva, especialmente cuando el paciente habla de otra gente y de otros sucesos. Uno puede ver que lo que realmente el paciente está diciendo, tiene que ver con una parte de él o de sus emociones que proyecta en otra persona. Esto ayudó a entender y a ser más sensible, más permeable a lo que ocurre en la transferencia, en particular lo que el paciente está proyectando sutilmente dentro del analista, y realmente creyendo que el analista “es” como él piensa, provocando sutilmente que actúe como él quiere.*

**Pablo Grinfeld:** ¿Sería lo que León Grinberg llamó contra-identificación proyectiva?

**Betty Joseph:** *Es parte de lo que León llamó contra-identificación proyectiva. Si uno se da cuenta de esta modalidad de proyección, que esto está pasando realmente, se ve cada vez menos inclinado a traer cuestiones propias a la sesión. Por ejemplo, en uno de los casos que me presentaron, el analista fue llevado sutilmente a moralizar y después a moralizar más fuertemente, con lo cual el paciente instalaba una relación sadomasoquista con el analista, solamente, puramente en un nivel verbal. Lleva muchos años de experiencia a los analistas jóvenes darse cuenta de este tipo de problemas.*

**Sara Zac de Filc:** ¿Es cierto que los analistas kleinianos tendían a no ver a los padres de los chicos?

**Betty Joseph:** *Entonces, yo soy muy desobediente; yo tengo un chico en tratamiento y veo a los padres dos, tres o cuatro veces al año. Lo que sí es importante es darse cuenta cuando la inclusión de los padres perturba de un modo u otro el tratamiento de un chico, porque si los padres no pueden contener verdaderamente la entrevista, van a perturbar de algún modo al niño o al tratamiento. Si yo pensara que ver a los padres perturba al tratamiento, arreglaría para que los padres vieran a otra persona. Pero nunca lo hice y no me gusta derivar a otra persona a los padres. Me gusta tener contacto con ellos mientras sea sano y saludable, pero si no, prefiero no verlos.*

**Amalia Zirlinger:** Le agradecemos mucho la atención que nos ha brindado.  
Descriptores: Analizabilidad. Empatía. Psicoanálisis de niños.

“Como es natural, no he conservado ningún nombre que pudiera poner sobre la pista a un lector ajeno a los círculos médicos, por lo demás, la publicación en una revista especializada, estrictamente científica, servirá como protección frente a tales lectores no especializados. Desde luego no puedo impedir que la paciente misma sufra una impresión penosa si por casualidad le cae en las manos el historial de su propia enfermedad. Pero no se enterará de nada que no sepa ya, y podrá decirse a sí misma que muy difícilmente otro averigüe que se trata de su persona.

Sé que hay –al menos en esta ciudad– muchos médicos que (cosa bastante repugnante) querrán leer un caso clínico de esta índole como una novela con clave destinada a su diversión y no como una contribución a la psicopatología de las neurosis. A esta clase de lectores les aseguro que todos los historiales clínicos que tal vez publique en lo sucesivo burlarán su sagacidad mediante similares garantías de secreto, aunque este propósito me obligue a restringirme enormemente en el uso de mi material.”

*Sigmund Freud*

Cita de las palabras preliminares al “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. Pág. 8. Tomo VII de las *Obras Completas*. Ediciones Amorrortu.