

Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica, 6(1), enero-junio 2025, pp. 117-138.
ISSN: 2730-4833 (papel), 2730-4957 (en línea). DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.7.

LAS INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS

Jorge Rosa

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica

Montevideo, Uruguay

Adenda por Silvia Tejería

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

ROSA, J. (2025). Las intervenciones psicoanalíticas. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(1), 117-138. DOI:doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.7.

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Sobre el texto y su autor

El Consejo Editorial de *Equinoccio* propone la relectura de la conferencia inaugural del II Congreso de AUDEPP, llevado a cabo en el año 1994 y titulado, justamente, *Intervenciones psicoanalíticas*. Dicha conferencia estuvo a cargo del Dr. Jorge Rosa, y creemos que sus palabras continúan teniendo una profundidad, rigurosidad crítica y riqueza, que habilitan, aún hoy, el pensar los quehaceres psicoanalíticos contemporáneos de una manera totalmente pertinente, no solo a la convocatoria que motiva el presente número de *Equinoccio*, sino también a las características que ha tenido AUDEPP como institución a lo largo de estos años.

La publicación de esta conferencia es un nuevo reconocimiento y homenaje a Jorge, quien tuvo un lugar destacado en la consolidación de AUDEPP como institución de formación, debate e intercambio del y los psicoanálisis. El texto plasma la importancia de poner los conocimientos técnicos al servicio de la escucha y de un otro a quien escuchamos, no al revés. En este sentido, revisa y pone a trabajar nociones clásicas y demuestra una clara postura ética en relación con la verdad y el encuentro clínico.

Presentamos el texto en su versión original: una conferencia publicada en el libro que recogió los artículos presentados en el congreso mencionado. Solo se intervino para adecuar la bibliografía a las normas APA. Pero sabemos que algunas citas o referencias bibliográficas igualmente no se ajustan a estas pautas.

Jorge Rosa (1948-2009) fue un médico psiquiatra con múltiples intereses, tales como la historia, la ciencia, la política y la cultura. Desde que era estudiante se interesó por el psicoanálisis. En 1981 formó parte del grupo de psiquiatras y psicólogos que fundaron AUDEPP y fue el primer presidente de la institución. Años más tarde, en 1988, trabajó para la formación de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica (FLAPPSIP), de la cual también fue el primer presidente.

Además, formó parte del primer Consejo Académico del Instituto Universitario de Posgrado de AUDEPP (en aquel momento IPPA), donde fue profesor titular del Módulo de Freud. En la actualidad el instituto lleva su nombre.

Esta breve reseña de su trayectoria da cuenta del lugar destacado que tuvo en la institución, donde dedicó su tiempo y energía no solo a lo científico. Su interés por lo cultural lo llevó a coordinar un ciclo de cine, desde el 2004 hasta su muerte.

Esperamos que esta relectura continúe poniendo en movimiento un pensamiento crítico y plural, que nos permita seguir revisando constantemente nuestros haceres y decires como psicoanalistas.

LAS INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un método para la investigación de procesos anímicos eficaces inaccesibles de otro modo, 2) de un método terapéutico de perturbaciones neuróticas, basado en tal investigación, 3) de una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una disciplina científica.

S. Freud (1922-1923/1992, s. p.)

Freud distingue, para unirlos, tres conceptos: método de investigación, técnica de tratamiento y elaboración de un cuerpo teórico. Ricoeur (1969) separa la técnica del arte de interpretar (o hermenéutica) de la explicación de los mecanismos (o metapsicología). Dirá que el psicoanálisis es una de las numerosas técnicas del mundo moderno. Es un oficio que se aprende y se enseña, que requiere una didáctica y una deontología. El alma de esta técnica es la búsqueda del objeto arcaico perdido, desplazado y reemplazado sin cesar por objetos sustituidos, fantásticos, ilusorios, delirantes o idealizados. La repetición se torna el mecanismo básico del mantenimiento del conflicto. Willa Cather dirá «No hay más de dos o tres historias en la vida de los seres humanos, y ellas se repiten tan cruelmente como si no hubiesen sucedido jamás».

Se trata entonces de pensar cuáles son las herramientas apropiadas para el logro de nuestros objetivos. No podemos separar el uso de nuestro instrumental de la concepción de la cura con la que nos manejamos. En ese sentido, nos encontramos con una gran variedad de posturas, no solo en relación con los instrumentos de la psicoterapia psicoanalítica, sino con el concepto mismo de salud y enfermedad.

Estas diferencias se tornan aún más visibles cuando nos introducimos en intentos definatorios de psicoanálisis y psicoterapia

psicoanalítica. Podríamos decir que el psicoanálisis en su forma más clásica (aunque no creo que sea el caso de Freud) aparece más desligado de la preocupación por la cura, mientras que en general las psicoterapias se relacionan más con objetivos precisos. Sin embargo, esta separación, que se va procesando a lo largo de la historia del psicoanálisis, no tiene sus raíces en la concepción freudiana. Si el psicoanálisis es una forma de tratamiento, como hemos visto en la definición inicial, es obvio que el psicoanálisis es una forma de terapia, y no a la inversa. Nace como una terapia y adopta un nombre que lo diferencia de las otras terapias de la época. Su campo de acción es limitado. Freud dice, en 1992, en *Dos artículos de enciclopedia*, que este está constituido por las dos neurosis de transferencia, la histeria y la neurosis obsesiva. Agrega, además, «toda clase de fobias, inhibiciones, trastornos del carácter, perturbaciones de la vida erótica» (Freud, 1922-1923/1992, s. p.), agregando la posibilidad de tratamiento de enfermedades orgánicas. Para esto exige condiciones por demás conocidas de plasticidad de la personalidad, edad, inteligencia, y, en fin, valor del paciente. Termina con un pensamiento clave para entender las modificaciones posteriores: «Solo la experiencia obtenida en policlínicas enseñará las modificaciones requeridas para hacer accesible la terapia psicoanalítica a capas populares más amplias y adecuarla a inteligencias más débiles» (Freud, 1922-1923/1992, s. p.).

De lo que se trataba entonces, y los años posteriores así lo demostraron, era de ampliar el espectro de las indicaciones del psicoanálisis. Esto no podía ser hecho sin las modificaciones en la técnica que lo hicieran posible. La historia es conocida: se agregaron los niños, los psicóticos, los grupos, etcétera. El psicoanálisis ya no fue, afortunadamente, el mismo. La interpretación sigue siendo en todas las teorías el instrumento básico, pero ya no es el único. Freud mismo hacía otras cosas además de interpretar, pero estas no adquirieron en su pensamiento jerarquía teórica.

En los años cincuenta, y fundamentalmente en Estados Unidos, se teoriza sobre la llamada psicoterapia de orientación analítica. Se hacen modificaciones técnicas, pero se mantiene el marco conceptual

analítico. En Inglaterra, Balint busca flexibilizar la técnica y centrarla en las necesidades del paciente, disminuyendo la idealización del terapeuta. Chasnell dice:

La psicoterapia realmente psicodinámica constituye un campo de aplicabilidad cada vez mayor que el psicoanálisis clásico. Es más inclusivo desde el punto de vista teórico y el psicoanálisis clásico puede terminar siendo un procedimiento especial de utilidad limitada en ciertos casos. (s. d.)

Haremos un breve comentario entonces sobre estas diferencias técnicas, pero que no quedan limitadas a lo técnico, sino que tienen implicancias teóricas, de objetivos e incluso éticas. De todas maneras, los límites no son tan claros, y mucho menos podemos decir que estén fijados *a priori* por el terapeuta. Todos sabemos que en gran medida la capacidad de asociar, de pensarse y, en última instancia, de tener *insight* no depende solamente de un propósito expreso, sino en gran medida de la capacidad para ello del que está en el lugar de paciente.

En realidad, y, de hecho, cada paciente «decide» —dicho esto entre comillas— si está en terapia o análisis. Y aun con variaciones para cada paciente. Los pacientes más formalmente en análisis pueden pasar la mayor parte de su tiempo en un nivel consciente-preconsciente, y, a la inversa, todos tenemos experiencia de situaciones en que, habiendo hecho propuestas más limitadas, terminamos trabajando en niveles de profundidad correspondientes a lo que llamamos análisis. Ya Freud en Budapest en 1918 decía: «Es muy probable que la gran escala de aplicación de nuestra terapia nos obligue a alear libremente el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa» (s. d.).

Este comentario tiene aspectos muy discutibles. En primer término, el oro y el cobre no valen lo mismo. Hoy el oro sigue siendo la interpretación y el cobre las demás intervenciones, que no tienen por qué ser la sugestión directa. Freud abrirá el camino más adelante, cuando a partir del Yo y el Ello y hasta el fin de su obra insista en que, en

definitiva, el trabajo terapéutico es un trabajo de modificación yoica. Esto habilitará teorizaciones distintas, no centradas necesariamente en la oposición consciente-inconsciente. Pensar, por ejemplo, en el mundo de los objetos de Klein o en la Escuela de la Psicología del Yo.

INTERVENCIÓN

¿Qué es *intervenir*? Es venir entre, interponerse. En el lenguaje corriente es sinónimo de *mediación*, *intercesión*, *buenos oficios*, *ayuda*, *apoyo*, *cooperación*, pero también es sinónimo de *intrusión*, de *injerencia*, de *intrusión*. Esta idea llega hasta la represión y la coerción: intervención de las Fuerzas Armadas o la Policía. Puede ser para ayudar o reprimir. Igualmente, fuerte en su ambigüedad es el uso de *intervención* para designar un acto quirúrgico, que puede salvar o matar, donde están al mismo tiempo la agresión y el cuidado.

¿Cómo se traduce esto en nuestro campo? ¿Será de esta ambivalencia que hablamos cuando señalamos nuestro trabajo como doloroso? Algo de esto hay. La propuesta que hacemos es válida solo si estamos convencidos de que a lo largo de este camino irá surgiendo una personalidad más madura o, como diría Freud, con más capacidad de amar. Por otra parte, creo que más allá de la propuesta y de las intenciones, también este aspecto contradictorio se expresa en que la técnica que usamos con el propósito de ayudar pueda ser factor de iatrogenia. De esto se habla en general poco o nada. La bibliografía es escasísima. Da la impresión de que se confunden aquellas cosas que podemos no ver o comprender, y que vuelven a aparecer en el material, o aquellas hipótesis que no funcionan, situaciones propias de un tratamiento adecuado, con aquellas conductas, verbales o no, que están al servicio de la resistencia, cuando no al reforzamiento del síntoma o la complicidad con este.

No hay intervenciones ingenuas. Usamos el término aquí en su sentido más amplio, pudiendo entenderse por *intervención* todo lo que el terapeuta hace o dice. Y lo usamos en ese sentido porque en

la situación terapéutica todo está mediado por la transferencia. Un comentario aparentemente banal puede tener por obra de esta la significación más profunda y mover el campo en un sentido positivo o bloquearlo. En ese sentido, nos parece interesante la insistencia de Langs (1994) en que la respuesta del paciente fundada en la transferencia no está determinada solo históricamente, sino que tales comportamientos y reacciones están influenciados de manera decisiva por los factores vinculados a lo inmediato de la interacción analítica. Strachey y Balint (apud Langs, 1994) han señalado la relación entre la personalidad y los comportamientos del analista, por una parte, y las reacciones transferenciales del analizado por otra. Langs (1994), comentando a Searles, va aún más lejos, diciendo que las respuestas transferenciales, de cualquier forma, no se producen de manera aislada ni existen como formaciones intrapsíquicas más o menos cerradas sobre ellas mismas; al contrario, son respuestas provocadas y muy a menudo estimuladas por el comportamiento y las comunicaciones del analista. Es la concepción de la transferencia como adaptación-interacción. Como se comprende, los fantasmas transferenciales no son vistos en términos de sistema intrapsíquico cerrado, sino como respuestas adaptativas actuales en los cuales tienen un papel tanto los determinantes históricos como los mecanismos intrapsíquicos e interaccionales. De alguna manera podrían compararse estas ideas con el modelo freudiano de la relación entre resto diurno y ensueño aplicado a la interacción analítica. Esta concepción pone en primer plano que la intervención o la falta de ella tiene consecuencias conscientes e inconscientes.

El analista no es, por tanto, un mero espejo. En la interacción con el paciente se manifiestan una larga gama de emociones, que, en definitiva, son necesarias y pueden ser medios útiles para la comprensión del paciente.

El mecanismo fundamental en las respuestas transferenciales es la proyección. Strachey (1934, apud Langs, 1994) dice que el paciente proyecta las pulsiones del Ello sobre el analista y que, si este responde por la interpretación de una manera que difiere de un objeto patógeno

del pasado, el paciente introyectará un objeto benevolente y curativo. Nos preguntamos: ¿sólo con la interpretación?, ¿o puede haber una intervención de otro tipo que cumpla la misma función? Creemos que sí y que esta puede ser complementada en muchos casos por una interpretación que le dé una mayor comprensión a una modificación que se produjo en el nivel yoico por obra de un cambio afectivo. Por supuesto que esto nos lleva al complejo tema del *insight* y las formas que este puede tener. La interpretación siempre busca el *insight*. Pero ¿es la única intervención que lo logra? Veamos que dice Tomás Bedó (1988) al respecto:

La interpretación es (entre otros) de los instrumentos destinados a promover este cambio (de la imagen de sí mismo y de su mundo). La imagen clásica, en cierto modo ortodoxa, de que la interpretación genera *insight* se ha diluido en el correr de los años, al punto que se ha visto que la interpretación, si bien juega un papel importante, no es de ningún modo un recurso exclusivo en el advenimiento y enriquecimiento de *insight* del analizado, fin último del análisis. (s. p.)

Tanto es así, que Mannoni (1987) llega a decir que hay que señalar la existencia de análisis suficientemente logrados sin interpretaciones impresionantes. Y agrega: «lo cual no puede sino volvernos más modestos» (s. p.).

En este pensamiento nos encontramos nuevamente que por alguna otra vía, que no es la de la interpretación, se ha logrado el objetivo inicial. Este, en definitiva, siempre tiene que ver con el *insight*. Pero si para Löwenstein la interpretación siempre produce *insight* y si no, no lo es, para otros autores, como Echegoyen, la interpretación está destinada o tiene la intención de producir *insight*, pero no necesariamente lo hace. La interpretación más adecuada, por lo menos formalmente, puede ser inoperante si las resistencias del paciente así lo determinan. Es claro, entonces, que la interpretación del sentido inconsciente de un discurso no constituye garantía de *insight*. Para Bollas (1993), para que una idea analítica (prestemos atención a que dice *idea analítica*,

no interpretación) devenga *insight* tiene que experimentar un retorno tónico. «Desde el comentario del analista hasta un área de amparo preconsciente (un espacio mental interior) donde evoque representaciones instintuales, afectos inconscientes y recuerdos conscientes, y retorne luego a la conciencia una vez producido ese trabajo interior» (Bollas, 1993, s. p.).

Entonces encontramos que lo que transforma una intervención en un *insight* y, por tanto, en factor de cura es que lo que fue una teoría se convierta en algo que lleve la impronta instintual, afectiva y memorativa del paciente. Esto nos lleva a preguntarnos si es posible algún tipo de intervención que no implique la existencia de una teoría en que se sustente. Estamos convencidos de que no, como se ha dicho. Incluso si esta teoría no ha sido formulada, la participación, del modo que sea, del terapeuta, estará siendo un producto de sus concepciones en diversos órdenes, lo cual, en definitiva, debe poder retornar en forma de teoría. De alguna manera, esta fue la forma de trabajo de Freud, quien aplicaba, con mayor o menor conciencia, en sus señalamientos, sus puntos de vista, y que, en caso de considerarlos operativos, eran transformados en *teoría* (término muy poco usado por Freud, por otra parte). Desde otro lugar, nosotros contamos con un cuerpo de conocimientos que nos hace tender a extraer nuestras intervenciones de su teoría. Pero imitar a Freud no debería ser nunca repetir mecánicamente ciertas preconcepciones, lo cual es francamente antianalítico; sino poder extraer conclusiones de los caminos que nuestra creatividad nos marque. Parecería redundante aclarar, entonces, que no nos referimos a una ubicación precisa de qué teoría usamos en cada momento, sino al hecho de que esta existe. Podemos manejar un auto y no saber nada de motores, pero es indudable que este no funcionará si han sido mal aplicadas las teorías mecánicas y de la combustión que corresponden. En la medida en que, como hemos señalado, los campos de aplicación del psicoanálisis se amplían, los referentes teóricos clásicos aparecen como más limitados. Refiriéndose a pacientes severamente perturbados, Bollas (1993) dice que los analistas que no tienen las constricciones de un dogma particular sobre la práctica tienen la experiencia de

no saber más qué es un psicoanálisis. Suponemos que de lo que se trata es de los límites de una forma de psicoanálisis y de la relativa confusión que genera todo cambio, aun representando un progreso.

Hechas estas consideraciones, en que hemos planteado el problema de la relación entre *insight* e interpretación, y hemos visto que, según varios autores y nuestra propia concepción, estos dos conceptos no mantienen una relación exclusiva, veamos si podemos abonarlo con un ejemplo clínico: un hombre de edad media me consulta luego de algún tiempo de trabajo con un colega, con el cual estuvo sumamente bloqueado. Al tiempo de no superar este bloqueo, que lo llevaba a pasar semanas sin hablar, y luego de algunos meses en esta situación, el colega sugiere dar por terminado ese tratamiento. Al poco tiempo, me consulta. Está agradecido con su terapeuta anterior y no sabe explicarse por qué tanta dificultad en el vínculo. Sin embargo, lo que lo trae a tratamiento son, precisamente, dificultades vinculares, que se expresan en inhibiciones de todo tipo, incluyendo realizaciones laborales y afectivas. De su historia jerarquizamos la existencia de un padre muy exitoso, por quien se sintió, a la vez que exigido, abandonado afectivamente. Siempre sintió que sus logros no eran valorados por el padre y que nunca podría alcanzar el nivel de este. Consignemos, además, que este paciente se especializa en problemas de audio (amplificadores, por ejemplo) y acústica ambiental.

Un día llega a su sesión varios minutos antes de la hora fijada y se sienta en la sala de espera de mi viejo consultorio, en una casa de puertas y paredes altas. Cuando comienza la sesión se lo ve intranquilo, tratando de decir algo que no sale. Aparentemente, el viejo bloqueo se hace de nuevo presente. Al fin, dificultosamente, con angustia, logra expresar que, aunque no sabe cómo lo voy a tomar, debe decirme que ha escuchado la voz del paciente anterior, lo cual, evidentemente, marca una falla en el aislamiento acústico del consultorio. Su cara de ansiedad me señala lo intenso de su vivencia persecutoria. Para su sorpresa, me limito a decirle que tiene razón, agregando que tengo en ese tema un problema que no he podido resolver. Recuperado de su sorpresa, me dice que su padre jamás le hubiera dado la razón y,

a medida que se tranquiliza, puede verbalizar los contenidos de sus fantasías previas. A partir de ahí, el tratamiento continúa con más facilidad. El paciente tiene más confianza en mi conducta, teme menos, y eso abre las puertas para un trabajo que *a posteriori* evaluamos como positivo.

Surgen varias preguntas. Esto ¿es una intervención? Si lo es, ¿podemos considerarla psicoanalítica? ¿Qué relación guarda con la interpretación? ¿Y con la realidad, en un paciente con problemas importantes? Intentaremos dar alguna respuesta a estas interrogantes, a sabiendas de que siempre son posibles otras lecturas. En primer término, sin dudas es una intervención. Es algo que se hace, en este caso, en el plano de lo verbal y que está cargado de implicancias. En segundo término, es psicoanalítica, porque tiene efectos en el campo de trabajo. La transferencia convierte algo aparentemente simple en arma de tremendo poder y se opera la transformación de la intervención en psicoanálisis a la intervención psicoanalítica. En definitiva, tendemos a pensar, como lo hemos planteado, que, a través del encuadre y la transferencia, toda intervención tiene efectos psicoanalíticos. Por otra parte, podemos pensar que, cuando el paciente nos dice «Yo esperaba que usted reaccionara como mi padre», está haciéndose una interpretación con más fuerza que si nosotros la hubiéramos hecho. Esto abonaría la postura de aquellos que piensan que la intervención es solamente la preparación de una interpretación. Pero creemos que no es así y que en el paciente se procesan cambios no tan claramente mediados por las palabras. Pensemos en todos los autores que jerarquizan el vínculo como principal instrumento terapéutico. Tengamos presente la cita de Strachey en el sentido de que el objeto actual no responda de la misma forma que el arcaico. Winnicott (1972), en *Realidad y juego*, dice: «El terapeuta que sabe demasiado puede arrebatar la creatividad del paciente. Lo que importa no es tanto el saber del terapeuta como el hecho de que pueda ocultar su saber y abstenerse de proclamar lo que sabe (s. p.). Y añade: «Me siento desolado cuando pienso en los cambios profundos que he impedido por mi excesiva necesidad de interpretar. El principio es el siguiente: es el paciente y solo el paciente

quien tiene las respuestas» (s. p.). Ello lleva a Winnicott, en oposición a Klein, a disminuir el valor de la interpretación y a señalar que el juego es terapéutico en sí mismo. Esto nos deja enfrentados con claridad al hecho de que podemos tener conductas que sean terapéuticas y no pasen por la interpretación.

En relación con la última pregunta planteada, sobre la relación entre fantasía y realidad, quisiera hacer una precisión. No hay duda de que nuestra tarea es operar sobre la realidad psíquica. Pero debemos ser cuidadosos de que esto no implique el desconocimiento de que además hay algo que es la capacidad de cada individuo de actuar en el mundo. El fin último de nuestra tarea es, en definitiva, que los elementos de la fantasía distorsionen lo menos posible la realidad. ¿Qué otra cosa si no es la resolución de la neurosis de transferencia? En el ejemplo antedicho, haber señalado el mecanismo proyectivo, por ejemplo, podría haber funcionado como un cuestionamiento de la capacidad perceptiva del paciente, lo que, a todas luces, en una persona con dificultades de discriminación, hubiera sido iatrogénico.

Una amplia gama de nuestras intervenciones apunta exclusivamente a un nivel yoico y lo hacen en forma de apoyo. Estas nociones suelen estar desvalorizadas en nuestro medio. Sin embargo, no hay tratamiento que pueda prescindir de ellas. Freud, luego de 1923, va a centrar en el Yo y en su fortaleza la posesión de mayor o menor salud mental. El objetivo terapéutico es un fortalecimiento yoico, a través del cual se ejerza un adecuado control pulsional y manejo de la realidad. Veamos, en relación a esto, solo algunas citas de *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1980b). Tomamos solamente este texto, pero insistimos en que toda la obra de esta etapa está dirigida en esta dirección.

Es sin duda deseable abreviar la duración de una cura analítica, pero el camino para el logro de nuestro propósito terapéutico solo pasa por el robustecimiento del auxilio que pretendemos aportar con el análisis al Yo. [...]

Como es sabido, la situación analítica consiste en aliarnos nosotros con el Yo de la persona objeto a fin de someter sectores no gobernados de su Ello, o sea, de integrarlos en la síntesis del Yo. [...]

El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del Yo. Con ello quedaría tramitada su tarea. (Freud, 1980b, s. p.)

Es en este nivel que opera el *apoyo*. Hagamos la aclaración de que usamos este término en un sentido bastante preciso. No se trata de *darle razón* al paciente, de reforzar resistencias o síntomas, sino de servir como puntos de agarre y de arranque para los sectores más sanos de la personalidad del paciente. Esto pasa por el reconocimiento de las percepciones realistas del paciente, como en el ejemplo, y de las actitudes que en el plano de lo humano tiendan a ser respetuosas de sus derechos. Jorge Galeano nos decía, refiriéndose a estas cosas, y cuando recién comenzábamos a formarnos, «Que el con-trato no sea un maltrato».

Arnold Goldberg (1987), en su trabajo sobre el lugar de las disculpas en el tratamiento, señala que mucho depende de cuán capaces seamos de asumir la responsabilidad o de reconocer la manera en que nuestra autoestima dañada determina nuestras actitudes negativas hacia el paciente. Señala que debe crearse una atmósfera que permita el reconocimiento del punto de vista del paciente. De alguna manera, también es el punto de vista de Bollas (1993) con su dialéctica del disenso.

Es muy interesante lo que dice Jiménez (s. f.) en cuanto a la dimensión sustentante del apoyo. Señala que es inseparable el valor del *insight* y el del apoyo. Cita a Lubersky, para quien el concepto de apoyo se refiere a aquellos aspectos del tratamiento y de la relación con el terapeuta que el paciente vivencia como de ayuda para él (Jiménez, s. f.). En esta definición el apoyo es inseparable de la actividad interpretativa. Para Lubersky, el apoyo puede estar dado por la estructura del tratamiento, por la sensación de trabajo en común, por las transferencias

positivas o, incluso, por una buena interpretación que produzca en el paciente la sensación de haber sido comprendido (Jiménez, s. f.).

Lo antedicho importa si tenemos presente que habitualmente la oposición psicoanálisis-terapia se superpone a la búsqueda de *insight* (interpretación) - intervenciones de otro tipo (señalamiento, confrontación, explicación, etc.). Los resultados del proyecto Menninger mostraron que cambios logrados a través de medios distintos a la interpretación fueron tan estables y duraderos, así como capaces de capacitar a los pacientes para enfrentar futuras vicisitudes.

Evidentemente, el predominio de un tipo de intervención así como el resultado del trabajo van a depender en gran medida del paciente, de su capacidad de establecer una alianza de trabajo. Esto no depende solo de la estructura psicopatológica, sino de la posibilidad de establecer algún tipo de transferencia positiva. Freud siempre advirtió que, si predomina la transferencia negativa, cualquier tipo de pareja terapéutica está condenado al fracaso. A modo de ejemplo extremo, pensemos en la estructura paranoica.

En relación a esto, Jiménez (s. f.) dice que la buena intervención terapéutica puede definirse como aquella entregada por un terapeuta diestro, es decir, aquel que sabe integrar conocimientos técnicos y empatía, a un paciente dispuesto a recibirla. El conocimiento técnico debería ir de la mano de una personalidad lo suficientemente flexible como para responder a las condicionantes específicas del paciente. Esto implica no estar al servicio de una técnica, por idealizada que esta esté. La discusión del cuándo, cuánto y cómo intervenir solo puede tener lugar en situaciones concretas, que den cuenta de objetivos terapéuticos y conflictivos también concretas. De todas maneras, podemos pensar que hay situaciones de trabajo, etarias o de condicionamiento cultural que nos pueden inducir a una mayor o menor frecuencia de intervención. Me refiero con esto, a modo de ejemplo, a la necesidad de una actitud más activa en el trabajo con adolescentes o pacientes de edad avanzada. Asimismo, podemos tener condicionantes en el mismo sentido en trabajos que, por las razones que sean, implican tiempos limitados. El nivel sociocultural bajo suele condicionar una

mayor necesidad de información aclaratoria sobre el sentido del tratamiento propuesto, información que no solo el paciente tiene derecho a recibir y nosotros la obligación de brindar, sino que puede determinar la evolución del mismo. En esta situación los señalamientos profundos deben ser cuidadosamente regulados y nunca muy precoces. Los aspectos transferenciales suelen manejarse mejor en base al trabajo sobre las transferencias laterales o sustitutivas. Asimismo, en el contexto de un trabajo hospitalario, barrial o, en fin, medido por cualquier tipo de institución, no debemos perder de vista la importancia y fuerza de las transferencias institucionales. Esto debe ser jerarquizado en la comprensión de la transferencia del terapeuta y su contratransferencia, ya que múltiples aspectos del vínculo con el paciente van a estar mediatizadas por el lugar, la inserción, el reconocimiento, la valoración social y del propio paciente que el terapeuta perciba en relación a su figura.

Se trata, entonces, de adaptaciones. Somos nosotros quienes tenemos que poner nuestros conocimientos técnicos al servicio de quien lo reclama, no cayendo en la mala práctica de nuestra profesión de culpar al paciente porque no entra en nuestra técnica. Es una curiosa contradicción entre lo que es la historia del psicoanálisis, solo posible a través de modificaciones y rupturas modelísticas, y la ideología con que se hace la trasmisión del mismo, donde suele aparecer un modelo de conducta y terapéutico único, idealizado, aunque en los hechos solo pasible de probarse con muy pocos pacientes. Absurda, entonces, la pretensión de cualquier escuela de tener acceso a una verdad que daría cuenta de todos los fenómenos a estudiar. Lo que pensamos es que los distintos modelos epistemológicos a los que nos enfrentamos implican no solamente lecturas distintas de un mismo fenómeno, sino que estas condicionan variaciones en el fenómeno mismo estudiado. Un material escuchado desde modelos distintos no solo va a ser comprendido en forma diferente, sino que la información misma va a ser diferente. Cuando alguien cree que el modelo que maneja da cuenta de todos los conflictos de sus pacientes, simplemente está escuchando en el código que le es conocido. Pero, si bien ninguno de nosotros

como terapeutas podemos prescindir de teorías, nos parece que debemos luchar para que estas no se vuelvan totalizadoras, especialmente cuando un paciente sumiso ha captado cuáles son los caminos de nuestro pensamiento. Alguien dijo que los pacientes aprenden muy rápidamente las teorías de sus terapeutas.

Ciencia hermenéutica, ciencia de la interpretación. Interpretar es crear una teoría sobre lo que hay detrás de un fenómeno manifiesto. Pero el psicoanálisis, como disciplina modelística, solo puede trabajar con hipótesis. En la medida en que ante un material A tenemos la posibilidad de un sentido B, o también C, o también D, y así, los modos de abordaje pueden ser igualmente variados. No hay duda de que hacer una interpretación implica una hipótesis. Pero ¿cuándo preguntamos?, ¿cuándo confrontamos? Y así podríamos hacer mención de las muy variadas formas de intervención. Nosotros pensamos que estas están relacionadas con cómo creemos que va a responder el aparato mental del otro, lo cual de por sí implica una teoría y una serie de hipótesis sobre cuáles son las respuestas posibles a esa intervención nuestra. Claro, aquí ya no hablamos solo de significaciones, sentidos, sino también de modos de funcionamiento. Aquí nos encontramos nuevamente enfrentados a pensar desde dónde son hechas estas intervenciones, en el sentido de si es posible pensar en términos de ciencia y no de ideología. Creemos que esto no es posible, a pesar de que defendemos el estatuto científico del psicoanálisis. Pero con esto hacemos referencia a su metodología, a sus modos específicos de validación y falsación. En cuanto a los contenidos, son productos culturales y, por tanto, ideológicos. Baranger (1969) dicen que el psicoanálisis, como toda ciencia, es una ideología, y Grinberg (1976) habla de ciencia *ideologizada*. El mismo Baranger (1969) señala la imposibilidad de que la ideología del analista no se trasunte en la interpretación, pero esta idea deberíamos hacerla extensiva a toda intervención. Las razones fundamentales son: 1) esto supondría el aislamiento de toda una parte de la personalidad del analista, 2) la ideología científica no es independiente de sus otras concepciones ideológicas, 3) el criterio de curación implica de por sí una actitud normativa, 4) la interpretación es, de hecho, prospectiva

tanto como retrospectiva, 5) el psicoanálisis mismo es una ideología. En sentido amplio, como conjunto sistematizado de representaciones y, en sentido estricto, es ideología porque implica una perspectiva sobre el mundo, directivas de acción, valores que rigen conductas. El ejercicio de nuestra tarea está determinado por las concepciones sobre salud, enfermedad y cura de que somos portadores. En la medida en que estos conceptos son profundamente ideológicos, no podemos pensar en uniformizar nuestro modo de concebirlos. Pero lo que queremos decir, y en esto también acompañamos a Baranger (1969), es que los cambios que suceden en el curso de un tratamiento son también modificaciones ideológicas.

¿Cómo conciliar este planteo con la regla de abstinencia? ¿Está referido a lo mismo? En un trabajo anterior hemos intentado responder a estas interrogantes. Hemos llegado a la conclusión de que neutralidad y abstinencia son dos conceptos que deben separarse, ya que hacen referencia a cosas distintas (Rosa, 1989). Esta diferenciación nos parece de importancia en el intento de tratar de comprender el sentido de nuestras intervenciones. Veámoslo sucintamente.

Freud (1980a) dice: «La cura tiene que ser realizada en la abstinencia [...]. Yo quiero postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados» (s. p.). Y en otro lado dirá: «en la medida de lo posible la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación, de abstinencia» (s. p.). Y más adelante: «La privación impide que la cura se convierta en satisfacción sustitutiva, permitiendo así que se desarrolle el proceso de análisis» (s. p.). Es decir que el proceso analítico se desarrolla en frustración, pero, lo que es más importante, esta es una condición para el adecuado desarrollo del mismo. La subsistencia de la necesidad y la añoranza (que podríamos llamar *deseo*) son motores del tratamiento y de la cura. Este es el fundamento de la regla de abstinencia: no se debe intervenir para generar satisfacciones sustitutivas.

El concepto de neutralidad ya fue parcialmente discutido. Si nuestras concepciones de salud, enfermedad y cura son ideológicas, el

tratamiento jamás puede ser neutral en ese sentido. Por supuesto que esto no se refiere a los valores propios del terapeuta, sean religiosos, políticos, etcétera. Si esto se introduce se está violando la regla de abstinencia al ofrecerse el terapeuta como persona real. Además, implica una violación ética, ya que se hace esto en una relación asimétrica. Nosotros nos referimos a los contenidos de las intervenciones, a aquello que pensamos que puede ser bueno para el paciente, por más distancia que tratemos de poner en los aspectos valorativos. Diríamos algo así como que tratamos de ser neutros sin lograrlo. Castel (1980) dirá: «La convención de la neutralidad opera tratando de neutralizar lo que en realidad nunca es neutro» (s. p.). Por tanto, toda intervención implica una relación ideológica.

Concluimos, entonces en que la abstinencia es un elemento técnico y, tal como la hemos definido, imprescindible. La neutralidad, si es entendida como ausencia de todo elemento valorativo, es una ficción. Concluíamos aquel trabajo diciendo:

Podríamos decir, entonces, que el conocimiento de nuestra no neutralidad nos hace ser más conscientes de que en el señalamiento (diríamos toda intervención) estamos optando también, aun a pesar nuestro, por una determinada concepción de nuestros objetivos, y esto está inextricablemente ligado a las ideas predominantes en un determinado tiempo histórico, de las que nadie logra excluirse. (Rosa, 1989, s. p.)

Concluimos, entonces en la existencia de múltiples formas de intervención en psicoanálisis y de las condicionantes que transforman a esta en una intervención psicoanalítica. Se trata de las distintas formas de aproximación a la fantasmática del otro. Meltzer dice que «el psicoanálisis no comienza con una conducta a observar, sino con un sentido a descubrir» (s. d.). Ese sentido y ese descubrimiento están mediatizados por el lenguaje verbal, aunque sin desconocer la jerarquía de otros aspectos de la comunicación, ya discutidos.

Propuesta interrogativa, reflexiva, que obliga al autocuestionamiento, la terapia psicoanalítica hace uso de distintas herramientas, variadas formas de la intervención en la tarea de ayudar a promover el conocimiento de sí mismo. Estas pueden ser muy simples o complejas, pero el objetivo final será siempre este.

Deseamos finalizar con una imagen de alguien que seguramente tenía enorme capacidad para enfrentar al otro con sus fantasmas. Sancho, montado en su mula, y escuchando las sinrazones del ingenioso hidalgo Don Quijote, trata de que este confronte su pensamiento con la realidad. No trata de convencerlo ni de entender el sentido de su locura. Simplemente trata de inducir al Quijote a la reflexión, nada más y nada menos. Su brillante intervención es simplemente decirle: «Mire, Vuestra Merced, lo que dice, señor». *Mire, Vuestra Merced, lo que dice.*

ADENDA

El segundo congreso de AUDEPP, *Intervenciones psicoanalíticas*, de 1994, y este artículo en particular marcan un punto de inflexión en nuestra historia al institucionalizar una práctica que venía ejerciéndose a la sombra de un saber instituido. A través del recorrido por el desarrollo que había alcanzado la psicoterapia psicoanalítica en aquellos años, el Dr. Jorge Rosa muestra la transformación de la intervención en psicoanálisis a la intervención psicoanalítica, señal de identidad institucional y origen de los aportes de muchos otros colegas que continuaron investigando sobre el tema.

Al detenerse en las diferentes concepciones sobre la cura, la salud y la enfermedad en psicoanálisis y en la psicoterapia psicoanalítica, Rosa dialoga con varios autores, especialmente con Freud, de quien era un lector avezado. Rosa parte de la pregunta por los instrumentos con los que nos manejamos en psicoterapia psicoanalítica para el logro de los objetivos terapéuticos. Al problematizar el uso de la interpretación como la herramienta privilegiada en el análisis, se ocupa de aquellas otras intervenciones que también colaboran en el logro del *insight* de los pacientes.

En estas teorizaciones de Rosa subyace una concepción de la transferencia desde el paradigma de la intersubjetividad, que tiene en cuenta los dinamismos propios del vínculo terapéutico y las potencialidades del encuentro entre pacientes y analistas. A través de una viñeta clínica muestra los efectos de verdad y las implicancias que tienen las intervenciones del analista en el caso de un paciente que presentaba un importante bloqueo laboral y afectivo; va a decir que la transferencia convierte «algo aparentemente simple en un arma de tremendo poder». La viñeta muestra cómo, a través del encuadre y la transferencia, toda intervención tiene efectos psicoanalíticos.

También se cuestiona el uso de la teoría en el encuentro con los pacientes. Resalta que las teorías son los códigos, los modelos, con los cuales nos manejamos para entender los dinamismos inconscientes del paciente y su actualización en el análisis. Quedan planteados los

riesgos que tienen las posturas dogmáticas, que obstaculizan la creatividad del paciente y se apartan de sus necesidades y derechos. Dice que la evaluación que hagamos y el método a utilizar va a depender de cada paciente, de su edad, del ámbito de atención y del tiempo de duración del tratamiento. Vuelve a poner en el centro la pregunta por los diferentes caminos que se transitan en la psicoterapia psicoanalítica, y valoriza el lugar del fortalecimiento yoico y las psicoterapias de apoyo.

Es imposible dar cuenta en estas breves palabras de la riqueza del trabajo de Rosa sobre temas que venía trabajando con anterioridad al congreso, cuando problematizó los conceptos de neutralidad y abstinencia al ocuparse de la incidencia de la ideología del terapeuta en la cura. Conocedor de los desarrollos teóricos de diferentes autores, recoge los aportes del psicoanálisis contemporáneo y de quienes habían visitado la institución hasta ese momento.

Celebramos la iniciativa del Consejo Editorial de *Equinoccio* para la republicación de este artículo, que, a la vez que nos permite volver sobre los conceptos centrales de la psicoterapia psicoanalítica, deja planteadas diferentes líneas de fuga para seguir pensando la práctica y la teoría que la sustenta.

Silvia Tejería

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARDOINO, J. (1981). *La intervención institucional*. Folios.
- BARANGER, W. (1969). Interpretación e ideología: sobre la regla de abstinencia ideológica. En *Problemas del campo psicoanalítico*. Kargiemán.
- BEDO, T. (1988). *Insight, perlaboración e interpretación*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- BOLLAS, C. (1993). *Fuerza de destino*. Amorrortu.
- CASTEL, R. (1980). *El psicoanalismo, el orden psicoanalítico y el poder*. Siglo XXI.

- FREUD, S. (1992). Psicoanálisis. Dos artículos de enciclopedia (1922-23). En *Obras completas* (vol. XVIII). Amorrortu.
- FREUD, S. (1980a). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas* (vol. XII). Amorrortu.
- FREUD, S. (1980b). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas* (vol. XXIII). Amorrortu.
- FREUD, S. (1991). La iniciación del tratamiento. En *Obras completas* (vol. XII). Amorrortu.
- GOLDBERG, A. (1987). El lugar de las disculpas en el psicoanálisis y la psicoterapia. *International Review of Psycho-Analysis*.
- GRINBERG, L. (1976). *Identidad y cambio*. Paidós.
- JIMÉNEZ, J. P. (s. f.). *Hacia una psicoterapia como tecnología apropiada* [inédito].
- LANGS, R. (1994). Réactions a la créativité chez les psychanalystes, La psychanalyse et son establishment. *Revue du collège de psychanalystes*.
- MANNONI, O. (1987). *El diván de Procusto*. Nueva Visión.
- RICOEUR, P. (1969). Técnica y no técnica en la interpretación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 11(1).
- ROSA, J. (1989). Abstinencia y neutralidad. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, III(1).
- ROSA, J. (1993). *Intervenciones psicoanalíticas* [conferencia]. Jornada Científica Anual de AUDEPP [publicación de circulación interna].
- WINNICOTT, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Gedisa.