

¿PSICOTERAPIA *VERSUS* PSICOANÁLISIS?¹

Víctor Korman²

En primer lugar quiero agradecer a la AMPP por la invitación a participar en esta actividad, que me permitirá dialogar con los miembros de la mesa y con todos los aquí presentes. Debo confesar que hace años que no exponía sobre el tema de las psicoterapias, cansado tal vez de tener que discutir lo obvio con *algunos* -quiero subrayar: no todos- analistas lacanianos de Barcelona, muy críticos con las mismas. Latiguillos al estilo de “la psicoterapia conduce a lo peor” o “no hay que terapizar lo psíquico” cerraban casi de inmediato cualquier discusión. Ahorro, por creer que son compartidas, otras discrepancias: las que mantenemos con las innumerables terapias “modernas” y “rápidas” de la tecnología “psi”. Críticas aparte, me place en grado sumo retomar un tema eterno y hacer uso de la palabra en un contexto como éste, donde la psicoterapia psicoanalítica tiene *carta de ciudadanía*; o, para decirlo en términos más actuales, “tiene los papeles”.

El factor tiempo impone concisión; he elegido, por lo tanto, aquellas cuestiones que a mi criterio son las más importantes; esto supondrá tomas de posición definidas, aunque por las razones aludidas no las pueda fundamentar como me gustaría; habrá también una excesiva síntesis en algunos puntos y una modalidad asertiva, poco habitual en mis exposiciones. Dejaré para el debate la posibilidad de introducir algunos matices y modulaciones

¹ Trabajo presentado en la Jornada que sobre *El Inconsciente y su interpretación en Psicoterapia Psicoanalítica*, organizó la AMPP, el 14-1-06.

² Víctor Korman es miembro de la IPSI. Paseo San Gervasio 10, 5º 4ª. 08022 Barcelona. E-mail: 12610vkd@comb.es

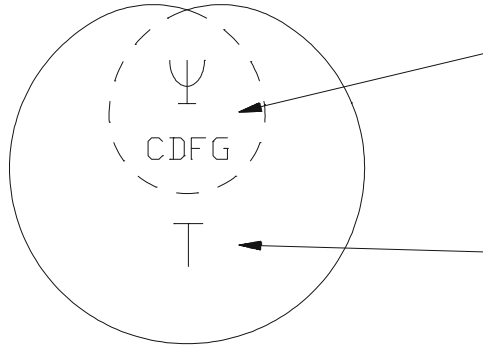
Otra elección: pretendo hablar de mi práctica cotidiana; transmitiré como encaro estas cuestiones en la consulta, lugar donde los interrogantes, las dudas, los malestares y las satisfacciones por la tarea realizada hacen oficio... y donde suelen convivir los ideales analíticos con un "ir haciendo" no exento de dificultades. Estas realidades clínicas muestran las discordancias entre las idealizaciones y la tarea efectivamente llevada a cabo. Expondré como enfoco hoy en día ambas prácticas -psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica- y con qué conceptos de inconsciente e interpretación opero. Subrayo este elemento de actualidad porque mi práctica clínica es ahora distinta que hace algunos lustros; tanto por el tipo de problemáticas que llegan a la consulta como por la frecuente interrupción de los tratamientos y la marcada disminución de pacientes en psicoanálisis.

Adelanto mis principales referentes teóricos: me considero un freudiano post-lacaniano; laico -quiero decir: no religioso-, no militante, que trata de guardar mucha distancia con los fundamentalismos psicoanalíticos y que apuesta por el diálogo entre las diversas maneras de entender nuestra práctica. Lo de post-laciano significa que me he tomado el trabajo de leer a Lacan -también a otros analistas- para hacer mi particular vuelta a Freud con esos bagajes y con algunas elaboraciones personales.

Enfocaré el tema que nos congrega -inconsciente e interpretación en las psicoterapias psicoanalíticas- haciendo una breve caracterización de estas últimas y, a la par, cotejándolas con un psicoanálisis. Tomaré como punto de partida el siguiente esquema, que he utilizado en otra ocasión³, y que representa gráficamente cómo entiendo las relaciones entre psicoanálisis y psicoterapia. Acepten, por el momento, las siguientes definiciones operativas de las mismas:

³ Korman, V. (1996). *El oficio de analista*, página 422. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Psicoanálisis (Ψ): (1)



1. Psicoanálisis (Ψ): Modificación de la posición subjetiva respecto de la castración, del deseo, del fantasma y del goce: CDFG. *Metamorfosis de la neurosis*.

2. T: Psicoterapia psicoanalítica:

Disminución del padecimiento psíquico ligado a los síntomas, al fantasma, y/o al funcionamiento pulsional.

- Psicoanálisis (Ψ) y psicoterapia psicoanalítica (T) aparecen en el gráfico en una relación de conjunción-disyunción; es decir, diferenciadas aunque también articuladas; son prácticas muy distintas pero pienso que no están en oposición tajante, excluyente. Como se puede apreciar en el esquema, el círculo pequeño (Ψ, psicoanálisis) está contenido dentro del mayor (T; psicoterapia psicoanalítica). Esto significa que el psicoanálisis siempre acontece en el seno de una relación psicoterapéutica, aunque la inversa no siempre sea válida. Por otra parte, T está en continuidad con el círculo pequeño; hay pasajes entre ambos; se trata de compartimientos *no* estancos. También, hay disparidades entre ellos. Digo, entonces, que la psicoterapia será psicoanalítica si el que la conduce opera con las categorías de castración, deseo, fantasma y goce -de aquí en adelante: CDFG. Como bien saben, *castración* remite a Edipo y narcisismo; *deseo* a

inconsciente; *fantasma* a las relaciones de objeto; y *goce* a pulsión y repetición.

- En el transcurso de un psicoanálisis se pasa muchas veces por el circuito Ψ , pero no se está siempre dentro de él..., ¡además de imposible, sería horroroso! También nos movemos por T, pero es importante subrayar que sin *reiteradas* experiencias respecto de la castración, del deseo, del fantasma y del goce no hay psicoanálisis. Estas transformaciones subjetivas suponen efectos psicoterapéuticos, ya definidos como disminución del padecimiento psíquico. Represento esta idea mediante la continuidad y comunicación entre uno y otro circuito (línea de trazos en el dibujo). Los resultados obtenidos por esta vía - Ψ - son más estables y, para mí, los más anhelados. Tratándose de un psicoanálisis, la mutación o desaparición de síntomas sobreviene como resultado de un largo trabajo sobre la estructura psíquica de un sujeto, actuando por vía interpretativa sobre las repeticiones y los nuevos significados que los síntomas adquieren en la transferencia. Esta operación analítica actúa, sin embargo, en planos distintos de aquellos en los que se despliegan los síntomas. Denomino sucintamente a esta modificación de la posición subjetiva: *metamorfosis de la neurosis*.

- Avanzo un poco más: esta transformación del sujeto a la que apunta un psicoanálisis se lleva a cabo mediante una investigación clínica presidida por el concepto de inconsciente y sus manifestaciones transferenciales; en ella se hacen operativas la asociación libre y la interpretación. Se busca una reordenación simbólica del sujeto; una transformación subjetiva por medio de la palabra; constituye un objetivo de mayor alcance que la supresión de síntomas. Enfatizo especialmente el carácter terapéutico del psicoanálisis. Nunca hice mío el pensamiento de aquellos que creen que psicoanalizar debe liberarse del “lastre” de curar. Ni *furor sanandis* ni supresión de síntomas a cualquier precio. El síntoma no es un cuerpo extraño a eliminar así nomás; es parte constitutiva de la estructura psíquica de un sujeto y aspiro a que la mutación del mismo tenga que ver con pasajes por Ψ .

- Cuando digo *pasaje por Ψ* es una forma de referirme a algunos de los siguientes fenómenos clínicos: una experiencia con lo inconsciente, la pérdida de un aspecto imaginario del yo, una reacomodación del narcisismo, la puesta en relieve de una faceta del fantasma, la introducción de un grano de arena en los engranajes de la repetición, una reducción del goce, algún efecto de desidealización, una caída puntual de la completud, del todo, de lo absoluto, etc. Cada uno de estos acontecimientos clínicos provoca cambios psíquicos puntuales, precisos. Se entenderá mejor esta cuestión cuando explicito cómo entiendo las modificaciones que surgen mediante la interpretación. En una psicoterapia esos pasajes son relativamente escasos; en un psicoanálisis la reiteración, combinación y potenciación de los mismos acaba produciendo la *metamorfosis de la neurosis* del analizante.

- Cambio de tercio; me referiré ahora a la psicoterapia psicoanalítica. Ésta se mueve, básicamente, por el sector T pero con algunas entradas a Ψ . El número de ingresos a Ψ varía según los casos y sus circunstancias. El trazo discontinuo del círculo pequeño representa que las vías de entrada al circuito Ψ son múltiples. Estos pasajes son, para mí, los que definen a una psicoterapia como *psicoanalítica*. Considero que lo es cuando la disminución y/o desaparición del sufrimiento psíquico se produjo a consecuencia de algún impacto sobre CDFG. Es una mejoría sin metamorfosis de la neurosis. Psicoterapias hay muchas; incluso, para producir cierto alivio psíquico, no es imprescindible un psicoterapeuta; buenos amigos pueden ayudar a eso. Cabe precisar, entonces, cuales son las especificidades de la terapia psicoanalítica. Para mí, repito, es la que opera con las categorías recién referidas. El calificativo *psicoanalítica* es más preciso que breve, focal, de objetivos limitados, de duración preestablecida, etc.

- Pueden y suelen existir efectos psicoterapéuticos (ya definidos como alivio sintomático) sin que hayan mediado pasajes por Ψ . La disminución del malestar psíquico puede darse aunque nos movamos únicamente por la zona T. Con algunos consultantes esto acontece incluso durante las primeras entrevistas. Surgen ya sea por la

sugestibilidad del consultante, por que éste ha depositado su angustia en el dispositivo analítico, por catarsis, por desplazamiento del síntoma gracias a una nueva ligadura del mismo, o bien por el movimiento libidinal que inaugura la presencia de un nuevo objeto: el analista o psicoterapeuta. Son mejorías rápidas que ocurren sin que el analista haya tenido que demostrar grandes dotes; suele ser suficiente con que no interfiera la acción propia del dispositivo analítico, mediante un adecuado posicionamiento de su parte. Son más efectos del encuadre que de la interpretación.

Otras situaciones tipo con las que suelo encontrarme. Posibles agrupamientos.

Un *primer grupo* lo conforman aquellos consultantes que resuelven no continuar más allá de las entrevistas preliminares. Consideran que ya están bien, sienten un cierto alivio y se marchan. Realizan, en cierto modo, una fuga a la salud. Otros, que emprenden el mismo camino, son tal vez más concientes de que no quieren enfrentarse a sus problemas; creen sus racionalizaciones y se van. Por último, dentro de este mismo grupo, están los “frustrados”: esperaban las 4B -bueno, bonito, barato, breve. Han escuchado una propuesta diferente y no la aceptan.

Un *segundo grupo* lo configuran aquellos que deciden seguir y permanecen en tratamiento un período de tiempo variable; habitualmente, varios meses; a veces un año o dos. Sabemos que los efectos terapéuticos generados hasta entonces no implican una metamorfosis de la neurosis en tanto no ha habido tiempo para la modificación de la posición subjetiva respecto de CDFG. Sin embargo no quita que se sientan mejor. Considero que han realizado una psicoterapia psicoanalítica. No por ello son menos importantes ni poco distinguidos; siempre he tenido pacientes de este tipo y, hoy en día, muchos más. La evaluación de los cambios habidos varía, como es obvio, con cada caso.

Tercer grupo: son los pacientes en tratamientos de larga duración que sólo entran muy esporádicamente en el circuito Ψ . Pueden estar frente a frente o bien en el diván, a veces durante años, ya sea con una, dos o (¡raro hoy en día!) tres sesiones semanales. Sin embargo, falta productividad psicoanalítica; no terminan de configurarse como pacientes en análisis. Considero que son psicoterapias de larga duración. Esto viene a confirmar un hecho: la sola intención de llevar a cabo un psicoanálisis no basta, ni aún con varias sesiones semanales. Sólo cuando finaliza o se interrumpe una cura puede determinarse, retroactivamente, cual ha sido la tarea realizada: o bien psicoterapia o bien psicoanálisis.

Cuarto grupo: con uno de cada veinte o veinticinco consultantes, se suele dar la rara conjunción de una indicación y aceptación de un psicoanálisis. Después de una larga etapa inicial, entran en aquello que Freud, utilizando la metáfora del ajedrez, consideraba como período medio de un análisis, que puede conducir a su final. Subrayo “*puede*”; no todos llegan a la terminación. Esto exige que el analizante vaya realizando pasajes múltiples y sinérgicos por Ψ y que estos ciclos sucesivos acaben constituyendo una larga serie. Se produce, entonces, un trabajo de mayor calado sobre la organización psíquica. El final del análisis supondrá un cambio de la posición subjetiva respecto de CDFG con una clínica del fin de análisis singular para cada caso.

Paso a la segunda parte de mi exposición: las consideraciones sobre el inconsciente, la repetición y la interpretación.

Precisiones sobre el concepto de inconsciente con que opero en la clínica.

El inconsciente es, para mí, una hipótesis. No es un objeto, ni una cosa, ni un recipiente en el que bullen contenidos, ni un diablillo oculto productor de efectos. No tiene lugar ni espacialidad. Lo promovemos nosotros y lo hacemos objeto de una praxis, al postularlo como causa de ciertos avatares psíquicos o al utilizarlo como adjetivo, para calificar aquello que escapa a la conciencia del sujeto. Por lo tanto, ni está escondido ni tiene una vida anterior al momento en que se suscita su

“existencia relámpago” mediante un *lapsus*, sueño, chiste síntoma, o por la interpretación de tales formaciones. Tampoco existe antes ni después de un acto fallido. No es pues un inconsciente que “está y ha estado ahí siempre”, agazapado antes de actuar, sino un inconsciente que “advendrá”, que se creará en cada oportunidad. Se manifestará fugazmente en algunos fenómenos psíquicos, que suelen ser puntuales, sorpresivos. Incluso en las formaciones más estabilizadas como son los síntomas, nuestro acceso a los determinantes inconscientes será siempre por instantes, por destellos. Aparecerá para desaparecer. Llegará, se presentará, hará acto e impondrá un trabajo. Lo creará una interpretación. Es un inconsciente relacional -transferencial-, excéntrico al sujeto que lo porta; no es personal ni colectivo; es transindividual.

Este inconsciente tiende a manifestarse (repetición) más que a “ocultarse” (represión) y hace suya la idea de repetición con diferencia. Cuestión clave que articula la compulsión repetitiva freudiana con lo diferente de cada repetición. Vía Lacan me ha llegado esta idea de Kierkegaard: lo más novedoso es la repetición. Psicoanalizar o conducir una psicoterapia psicoanalítica sobre la base de esta concepción supone no proponerme como objetivo desentrañar contenidos preexistentes, supuestamente escondidos -tarea de desvelamiento o de “pesca” de representaciones inconscientes- sino crear, producir lo inconsciente, generando con ello efectos de verdad en el paciente. Éstas son -en buena medida- los determinantes de cambios psíquicos. Es en esta *producción* de lo inconsciente que lo terapéutico acontece. Para esto es menester que lo inconsciente se labre un espacio en la conciencia dejando huella, creando deuda de trabajo psíquico. El concepto de inconsciente preside para mí tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicoanalítica.

La transferencia *clínica* es la puesta en acto de lo inconsciente en la relación con el analista. Facilita el despliegue del mundo sintomático, fantasmático y onírico del paciente, pero es también un espacio para la creación de lo nuevo que surge como producto de la conmoción de las certezas que hasta entonces constituían al sujeto. Si se asocia bajo transferencia, habrá manifestaciones de lo inconsciente, habrá interpretación, habrá efectos de verdad, habrá modificación subjetiva, habrá psicoanálisis o psicoterapia, según los efectos obtenidos.

Sobre la interpretación

Considero imprescindible estrechar el hiato entre la capacidad de la teoría psicoanalítica para explicar la dinámica psíquica de un paciente (que es muy grande) y su aptitud -bastante limitada- para transformarla. Por lo tanto, es necesario renovar y perfeccionar las modalidades de intervención del analista; las interpretaciones trilladas pierden su filo. Comentaré los cambios que introduje en mi práctica interpretativa, a partir de mis diferencias con las maneras clásicas de entenderla. Centraré mis críticas en cuatro aspectos:

- 1) La idea de interpretación como remoción de las causas.
- 2) Los efectos interpretativos y el factor tiempo.
- 3) La tarea sobre las repeticiones transferenciales.
- 4) El trabajo con la compulsión repetitiva.

Una moneda corriente quiere que los efectos terapéuticos se deban a que la interpretación remueve o modifica las causas de un síntoma. A mi modo de ver, la resolución de un síntoma no suele darse por recorrer, en sentido inverso, los caminos que llevaron a su surgimiento. El modelo ofrecido por *La interpretación de los sueños* [Freud, S. (1900)] ha incidido mucho en esta forma de pensar. No creo en la reversibilidad causa-efecto. No hay retorno posible a un tiempo anterior ni se puede volver desde los efectos producidos a las causas que los han motivado. La vista tiene que estar puesta en el futuro. La creencia contraria alentó durante décadas -y sigue alentando- interpretaciones favorecedoras de supuestas regresiones, para reparar lo habido en exceso o defecto en la infancia. La idea-eje de esta manera de pensar es: si descubrimos cómo y qué ha generado un problema, podremos resolverlo: se tratará entonces de recordar el pasado, haciendo conscientes los recuerdos reprimidos (el famoso relleno de las lagunas mnésicas). Luego, cuando se vio que esto sólo no era suficiente y que la capacidad de recordar tenía límites, se agregó el trabajo sobre las resistencias y la elaboración. Estas ideas se trasladaron también a las psicoterapias psicoanalíticas aunque se recomendaba que en ellas no se indujeran regresiones profundas. Se decía -y se sigue sosteniendo en

algunos contextos- que el nivel de regresión promovido o alcanzado era una de las diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis.

¿Qué hace creer que el efecto terapéutico del psicoanálisis se sustente en las llamadas regresiones operativas y en la recuperación del pasado? Básicamente, una concepción de la temporalidad reversible, los restos de una teoría traumática de la neurosis y la creencia en el poder modificatorio del *hacer consciente lo inconsciente*. Esta orientación reconstructiva (arqueológica) en psicoanálisis quedó asociada a una visión acumulativa y gradualista de los cambios psíquicos, atribuidos a la tarea de elaboración.

Sin duda los tiempos del análisis y los de la transformación subjetiva son muy pausados, pero esa lentitud tiene más que ver con los lapsos necesarios para el despliegue de la conflictiva psíquica y de la fantasmática del sujeto que con el carácter gradual o paulatino de los cambios subjetivos. Muchas modificaciones acaecidas en el curso de un tratamiento son rápidas, súbitas; son productos puntuales de la intervención del analista, que generan desenganches o giros. En algunas ocasiones, sobre todo cuando se trata de un análisis, tales efectos pueden producirse por las propias palabras del analizante. Son situaciones particularmente fecundas: el paciente sufre un shock, una sideración frente a lo dicho (por él, por mí) que hace que ya no sea el mismo de antes. Es una situación muy peculiar, cercana al dolor y al alborozo. Se suele ver que el mismo afán con que buscaba esas verdades, ahora -una vez pronunciadas- le sirve para rechazarlas..., le cuesta encajarlas, pero las cosas ya han sido dichas y no hay vuelta atrás. El factor sorpresa suele jugar aquí -en realidad en cualquier interpretación- un papel de fundamental importancia. Si se repiten estas experiencias, se produce una sumatoria y potenciación de los efectos terapéuticos, que sin embargo no dejan de ser puntuales, aunque seriados.

Tener presente estas cuestiones ha producido un cierto giro en mi posición como analista o terapeuta. Por ejemplo, comencé a preguntarme no tanto ¿de dónde viene esto en el paciente? sino ¿cómo podrá salir de esta manera de actuar? Interrogué también a la concepción clásica de la interpretación de los sueños. Se me ordenaban mejor las ideas planteando que el contenido latente del sueño post-existe y no preexiste al manifiesto

y que es la interpretación quien le da vida. Más que el descifrado de un texto *ya escrito*, era un constructo nuevo que yo ofrecía al paciente, incluyéndolo en la dinámica de su cura. Para mí fueron un conjunto de cambios importantes. Supusieron un ajuste de mi balanza, más inclinada, por entonces, a buscar repeticiones de vínculos primarios que a desatar nudos repetitivos actuales, “novedosos”, diferentes en cada vínculo que establece el paciente, tanto en la relación con el analista como los que acontecen en la vida cotidiana.

Permitiéndome una generalización, diría: si en nuestra mente no están articuladas repetición y transformación, difícilmente habrá aperturas originales para el paciente. Se requiere que el analista vislumbre posibilidades allí donde aparentemente no las hay... para que se puedan desplegar los “posibles *posibles*” de cada cual. Esto me ha llevado a explicitar en algunas intervenciones, *sobre todo en las psicoterapias*, variantes diferentes a sus modos repetitivos de funcionar, a sabiendas de que probablemente todavía (subrayo lo de todavía) no las pueda incluir como parte de su repertorio, pero planteo un horizonte nuevo, que abra perspectivas.

Otra concepción clásica que no me satisface: mostrar al paciente como repite en la transferencia sus vínculos con los objetos primarios. Creo que interpretaciones de ese tipo hacen que el sujeto sepa más sobre sus repeticiones, pero no por ello deja de reiterarlas. Obviamente, es importante, saber qué y cómo repite el paciente, registrarlas para poder -a la corta, a la larga- introducir un grano de arena en esos engranajes, pero verbalizarlas no genera una dinámica nueva en el aparato psíquico.

¿Qué propongo? No insistiré en un aspecto archisabido: la necesidad de ir descubriendo en cada momento de la sesión en qué lugar fue colocado el analista en la transferencia. Me interesa en cambio debatir un punto: ¿qué hacemos con las repeticiones transferenciales que apreciamos? Pienso que de nada sirve denunciarlas.

En cambio, puede ser de utilidad la reiteración, a lo largo de un tratamiento, de secuencias como la siguiente: registrar mentalmente los lugares en los que el analista o terapeuta es situado, admitir esas transferencias, prestarse al juego inconsciente y pulsional que allí se despliega en relación con nuestra persona, descifrarlas en silencio y, *teniéndolas en cuenta*, desplazarse ligeramente del lugar atribuido.

Este movimiento no necesita a mi modo de ver, grandes interpretaciones: una intervención sencilla o una pequeña pregunta formulada desde ese otro lugar -vecino, cercano al transferido pero distinto- favorece que el paciente pueda ir deshabitando sus posicionamientos habituales. Si logramos descapturarnos, salir del lugar que la *imago* nos ha atribuido y actuamos en consecuencia, no hacen falta muchas palabras; el analizante buscará nuevas pautas de relación. Este procedimiento se reiterará, ya que las transferencias van circulando. No es sólo por ganancia de saber como se cambia.

Un párrafo aparte merece *la compulsión a la repetición*. Esta nos plantea una cuestión clínica de gran calibre, que puede ser resumida en estos términos: es necesario abordar dicha compulsión mediante instrumentos coherentes con la naturaleza de la misma. La pulsión que sostiene el automatismo repetitivo ¿escucha la palabra del analista? ¿A qué es sensible esa memoria en acto que es el actuar repetitivo? ¿No nos estaríamos topando con un límite de la interpretación en tanto ella tiene una posibilidad escasísima de incidir sobre la satisfacción pulsional allí implicada? Creo que sí, que ese es un coto bastante vedado a la palabra y por ello se requiere que en ocasiones el analista ponga en juego toda su autoridad en un intento firme de cerrar el paso a ciertas repeticiones furibundas. Hay veces en que es necesario definir claramente nuestra posición y *actuar*.

¿Qué resortes tocan las interpretaciones? Postularía que la interpretación actúa de dos maneras: 1) creando o ahondando algunas turbulencias psíquicas y 2) llevando ese desorden a una nueva organización. En otros términos, ella desata nudos que se vuelven a anudar de modos menos conflictivos. La interpretación ideal sería aquella que enunciada en el momento adecuado, genera las fluctuaciones psíquicas necesarias para arribar al umbral crítico capaz de disparar la función autoorganizadora de la mente. Podríamos decir que la interpretación introduce una *nueva causa psíquica*, que genera cambios, los que a su vez se manifestarán como un actuar distinto.

Lo dicho hasta aquí sobre las interpretaciones es válido, a mi juicio, tanto para las psicoterapias como para el psicoanálisis. Pero quiero apuntar una diferencia: en un análisis no dudo en usufructuar, prolongar o explotar -a favor de la cura- una situación crítica ligada a los síntomas. No apaciguo rápidamente la angustia; la tomo más bien como índice del deseo inconsciente. Abro la situación conflictiva, como quien dice abro la caja de los truenos; con cuidado, pero la abro. Y lo hago sabiendo que estoy manejando materiales explosivos; despliego la problemática, toco áreas vecinas. Instrumento el malestar como desfiladero inevitable para resolver el síntoma. No porque tenga enaltecido el sufrimiento o por ignorar sus enlaces con el masoquismo. Cerrar en falso una crisis o yugular una sintomatología precozmente puede condenar a un sujeto a tener que convivir para siempre con otras manifestaciones de los determinantes inconscientes del síntoma.

En un psicoanálisis intento mantener abierto el expediente de lo inconsciente para ampliar la suma de efectos estocásticos, transformadores. Pero sé que el contacto con la otra escena produce horror; es acercarse al barrio chino de cada uno, donde impera la compulsión repetitiva, la muerte, el sadismo el masoquismo. Es asomarse también a un real que sacude. Todo eso suele alejar de la felicidad inmediata, pero recompone simbólicamente al sujeto.

En una psicoterapia, en cambio, sopeso muy bien qué hacer y soy, en general, más cauto. No siempre ahondo en las zonas críticas y modulo los niveles de angustia, si me es posible. En lo que de mí depende, pienso con cuidado qué tocar y qué no, pero no siempre decido yo; a veces se abren problemáticas sin que yo lo haya buscado o por efectos sorprendentes de mis intervenciones. Valoro detenidamente que recursos tiene el paciente y que tiempo se dispone para la operación. Esto plantea con frecuencia cuestiones éticas ya que también en las psicoterapias psicoanalíticas las movilizaciones psíquicas suelen ser imprescindibles. En las psicoterapias estamos siempre a un paso de equivocarnos; tal vez, por un tiempo de escucha insuficiente o por no sostener el silencio. Esto conduce a intervenir precipitadamente. Las premuras nos hacen jugar malos (y en ocasiones buenos) momentos. Siempre pensé que las psicoterapias son más difíciles de conducir que un análisis.

Resumen

El texto se inicia con un breve estudio comparativo de la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis clínico; en ese cotejo se especifican los elementos compartidos y los aspectos diferenciales de ambos. Se expone a continuación una serie de precisiones sobre el inconsciente y la repetición para enfocar, finalmente, la interpretación en el seno de la psicoterapia psicoanalítica. Se plantean las diferencias con algunas formas tradicionales de entender la interpretación y se propugna la renovación de las modalidades de intervención del analista. Se indican dos posibles vías de incidencia de la interpretación: 1) creando o ahondando algunas turbulencias psíquicas; 2) conduciendo ese desorden a una nueva organización.

Summary

The text starts with a brief comparative study of psychoanalytic psychotherapy and clinical psychoanalysis, in which the common and the differential elements between both are highlighted. Next, a series of clarifications about the unconscious and about repetition are exposed, to focus finally on interpretation in the context of psychoanalytic psychotherapy. Some differences with the traditional ways of understanding interpretation are presented, and an advocacy is made for a renovation of the modalities of analyst intervention. Two possible ways through which interpretations act are indicated: 1) creating or deepening some psychic turbulences; 2) conducting this disorder into a new organisation.

BIBLIOGRAFÍA

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Vols. IV y V. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Vol. XII Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1923). Construcciones en el análisis. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Korman, V. (1996). El oficio de analista. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1964). Seminario Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Paidós.