



Especialista en psicodiagnóstico. Pruebas gráficas y test proyectivos



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA III. LA ENTREVISTA III

Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis

El tema del diagnóstico ha sido y sigue siendo un tema polémico en psicoanálisis. Para algunos constituye un elemento fundamental de la práctica, para otros es cosa de psiquiatras, como si fuera un hobby, o directamente carece de valor. Quizá las posiciones extremas han cerrado el espacio para poder abordar las diferentes facetas del problema.

Podemos ubicar en la historia del psicoanálisis diferentes modos de considerar el diagnóstico y su importancia en psicoanálisis. Si bien pueden marcarse algunos hitos, no tratándose sólo de momentos cronológicos, sino que expresan posiciones teóricas que pueden ser coexistentes en un corte sincrónico. Señalaremos algunas orientaciones.

Después de un periodo en que muchos analistas pasaban directamente a sus pacientes al diván, dando por supuestas las condiciones para comenzar un análisis, otros analistas como Bleger, Liberman y Rolla comenzaron a rescatar la importancia de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación del tratamiento. Esto tuvo un desarrollo importante y se anudó, en los inicios de la carrera de psicología, con la ubicación del psicólogo en relación al psicodiagnóstico. Así, el diagnóstico era pensado como un proceso a partir del cual era posible orientar el tratamiento y hacer un pronóstico con respecto a la evolución del mismo. Se trataba de producir un diagnóstico de personalidad, relativamente objetivo y transmisible. En muchos casos, el psicoanalista encargaba a un psicólogo tal diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.

La introducción en este proceso sobre el diagnóstico en psicoanálisis de algunas lecturas de Lacan produjo una respuesta exagerada en sentido contrario; el diagnóstico empezó a ser desprestigiado. Se sostenía que el analista no puede hacer diagnóstico

porque está en el lugar del “que no sabe” – lectura muy parca acerca de los textos de Lacan -. Si un analista se encuentra en el lugar del que no sabe, y frente a su paciente no sabe, no puede hacer un diagnóstico – véase a Harari -. Si antes apuntábamos que es una lectura estrecha sobre Lacan, no es por cuanto él no produjese el dicho; pero el no saber del analista se refiere a la actitud del analista sobre lo que habla el analizando: el analista no entiende, en el registro consciente, no sabe nada de lo que el analizando habla, no da por supuesto nada, en definitiva no sabe nada, pero señalado desde la actitud consciente, porque el saber se ubica en el inconsciente; esa es la cuestión. Por tanto, esta confusión sobre el saber referencial y el saber textual del inconsciente trajo como consecuencia desorientación en la clínica y dificultades para la decisión, en algunos casos, de intervenciones pertinentes, particularmente en relación a la psicosis.



Una revisión del problema tuvo lugar desde el psicoanálisis lacaniano, a partir de una orientación que revitalizó nuevamente el diagnóstico,

pero desde una óptica diferente. Se insistió en la importancia en el diagnóstico de estructura y en sus diferencias con el diagnóstico fenomenológico o psiquiátrico – Miller -; se lo consideró decisivo para la dirección de la cura. Tomó su valor particularmente en los casos en los cuales podía confundirse una neurosis con una pre-psicosis, y para

evitar el riesgo de desencadenamiento si se intervenía a partir de un diagnóstico equivocado.

Dentro del campo lacaniano aún hoy continúan los debates al respecto. Algunos sostienen que, para el Lacan posterior a los setenta, el diagnóstico no resulta tan importante. Para otros, los cambios en la teoría no reducen su valor, aunque cambia las coordenadas desde las cuales realizarlo. Se trata, pues, de un tema, candente.

El término diagnóstico

Recordemos rápidamente que el R.A.E presenta dos acepciones de la palabra diagnóstico y diagnosis, una de carácter etimológico, y otra proveniente del uso corriente del término.

Etimológicamente deriva del griego, y significa distinguir, conocer. En esta acepción se puede identificar el término con el proceso de conocimiento, discernimiento, discriminación, y no termina necesariamente en un rotulamiento.

El uso corriente proviene de la medicina, y da cuenta del proceso de administración de la cura. Se utiliza para el conocimiento de los signos de las enfermedades, a las conclusiones basadas en el estudio de dichos signos, que sirven para fijar el carácter peculiar de aquellas y su ubicación en una categoría preestablecida. En esta segunda acepción el término está consustanciado con el modelo médico vigente. El médico realiza un trabajo de clasificación a partir de la lectura de ciertos signos expresados en los síntomas remitiendo finalmente a categorías gnósgráficas.

La psiquiatría

A principios de siglo, intentó poner orden en un campo de fenómenos hasta entonces relativamente caóticos. La riqueza del detalle en las descripciones fenoménicas y en las

clasificaciones de la psiquiatría no pueden dejar de admirarnos por su precisión. Con esta sistematización creaba los objetos de la práctica psiquiátrica y a la vez creaba un lenguaje, un modo de pensamiento y las reglas semiológicas que a su vez creaban los psiquiatras como agentes de aplicación.

En un trabajo, Braunstein, hace algunos comentarios acerca de la clasificación y gnoseografía psiquiátrica. Allí muestra como la psiquiatría produce un modo de pensar sobre la enfermedad, y un glosario, creando categorías en relación a cuya universalidad cada sujeto singular. Así, cada psiquiatra escucha y mira a sus pacientes según la especificación que le es aportada por las definiciones del glosario. La semiología psiquiátrica, en su precisión aclaratoria, busca los signos objetivos de los trastornos de las funciones psíquicas, pero desatiende los procesos de su determinación subjetiva.

La obtención de un diagnóstico que nombre adecuadamente la enfermedad tiene un efecto tranquilizador especialmente para el médico, en tanto cree reducir su no saber. Pero si el diagnóstico sólo subsume al sujeto en una categoría, se pierde la singularidad psíquica y el paciente queda oculto tras la mirada objetivadora que lo nombra, desconociendo las particularidades de su subjetividad. Este ha sido uno de los riesgos a los que quedó expuesto el diagnóstico psiquiátrico, a pesar de su valor.

Sin embargo, el cuestionamiento de que puede hacerse al diagnóstico en su dimensión objetivante no debe hacernos concluir que hay que eliminarlo, sino que hace necesario redefinir en base a qué criterios se hace y en qué lugar de la teoría y de la práctica se ubica.

El diagnóstico como saber

No se puede hablar de diagnóstico si no es en el marco de una teoría en la que éste se inscribe; hablar de diagnóstico es hacer teoría, construir un saber. Cada teoría recorta el campo particular de los fenómenos clínicos de una manera diferente. De este modo lo

que para un psiquiatra puede ser una esquizofrenia, para un psicoanalista podría ser una histeria grave. Lo que en una teoría se define como una estructura borderline, para otra puede ser una estructura narcisista, y quizá para otra se puede tratar de una neurosis grave. Se podrían enumerar muchas de estas controversias que no derivan de posiciones personales sino de distintas posiciones teóricas en base a las cuales cada uno ordena los fenómenos que se presentan en la experiencia.

El diagnóstico en psicoanálisis

Es diagnóstico del sujeto, producido en transferencia, dando cuenta de la posición del sujeto en la estructura. Se aleja así de toda perspectiva que pudiera reducir el sujeto a un objeto de estudio, o a un ejemplo de una clase.

Freud no desestima la clasificación. Retomando incluso los tipos clínicos de la psiquiatría, nos propone una categorización gnoseográfica, pero la reordena, la reedita y se interroga sobre las condiciones y los mecanismos de su producción. La clasificación adquiere así una nueva determinación; cuando distingue neurosis actuales de neurosis de defensa, la clasificación se produce a partir de tener en cuenta un mecanismo diferenciado de producción de la neurosis. Un elemento común, la sexualidad, pero una condición etiológica diferente le permite distinguirlas.

Las neurosis de defensa se caracterizan por la presencia del conflicto entre el deseo y la defensa, y por un modo de solución del mismo. Y esta distinción clasificatoria tiene a la vez consecuencias prácticas. Las neurosis de defensa serán abordables por el tratamiento analítico. También las llama neurosis de transferencia, para diferenciarla de las neurosis narcisistas en tanto la dirección al Otro es diferente y por ende las posibilidades del tratamiento. Así el diagnóstico psicoanalítico tiene en cuenta la transferencia y sus condiciones, incluyendo en la categoría diagnóstica lo que en la experiencia psicoanalítica se produce y verifica. La posibilidad del neurótico de

transferir hace posible iniciar una cura analítica. Entonces, para Freud la precisión diagnóstica va más allá de un simple sistema clasificatorio descriptivo.

Lacan hace también un recorrido similar; se interroga sobre la psicosis paranoica, se detiene con muchas precisiones en la caracterización de la estructura psicótica y su peculiar modo de relación al significante, y sus desarrollos conceptuales permiten situar las diferentes estructuras clínicas como posiciones con las cuales el sujeto responde de diversos modos al encuentro con lo real, posiciones localizables en la transferencia.

En ambos reconocemos la fecundidad de un pensamiento que construye un saber a partir de discernir y reconocer diferencias y recurrencias producidas en las condiciones de la experiencia analítica. El diagnóstico permite distinguir formas de funcionamiento y organización subjetiva y en esta perspectiva se acerca al sentido etimológico del término.

La búsqueda de recurrencias y el establecimiento de diferencias forma parte del intento del pensamiento por construir un saber que nos permite ordenar y penetrar en la complejidad de lo real. Freud encuentra que en la variabilidad de lo fenoménico hay una legalidad, un orden. A esto apunta aquello que denominamos estructura.

Hay reglas recurrentes un ordenamiento que organiza el campo de lo que aparece. La estructura permite ordenar la manifestación de acuerdo a reglas de determinación. Freud encuentra mecanismos comunes a distintas expresiones sintomáticas que le permiten delimitar la estructura neurótica con organizadores técnicos como por ejemplo Edipo y Castración, conflicto y defensa. En la diversidad fenoménica encuentra la repetición y un orden que la organiza. Pero al mismo tiempo indaga en las diferencias y en la especificidad de cada estructura.

Generalmente no encontramos estas formas clínicas plasmados en formas empíricas puras. Tampoco ellas dan cuenta de todo. No dicen nada acerca de los significantes particulares que se inscriben en la historia de cada sujeto, de sus marcas ni de sus

fantasmas. La singularidad del caso es siempre más rica y compleja que la estructura que la ordena.

Diagnóstico y práctica analítica

Puede afirmarse que la producción teórica y la práctica analítica constituyen dos momentos diferenciados del quehacer analítico, aunque sin duda interdependientes. La práctica analítica sostiene su especificidad en el cumplimiento de la regla fundamental por parte del paciente y en el mantenimiento de la “atención flotante” por parte del analista. Y esto introduce un punto de tensión insoslayable. Mientras el analista está en su posición en el dispositivo, no puede estar pensando en el diagnóstico. Anteponer “el saber referencial” al “saber textual” no permite estar atento a la singularidad de las asociaciones del paciente, perturba la atención flotante requerida por Freud.



debe saber: ignorar lo que sabe”.

Sería ingenuo sin embargo pensar que podemos prescindir de la teoría al escuchar o al intervenir. Los conceptos orientan la práctica y una adecuada conjetura diagnóstica resulta de importancia para dirigir adecuadamente una cura. Pero es necesario que no funcione para el analista como un “saber predigerido”, que al saber del analista no haga obstáculo a la producción significativa del analizante y a la posibilidad del analista de escuchar lo que allí se dice. En esa perspectiva podemos entender la afirmación de Lacan en “variantes de la cura tipo”; “lo que el analista

Si el analista identifica rápidamente al paciente con lo que ya sabe, corre el riesgo de comprender demasiado rápido, de escuchar lo que ya cree saber, de cerrar la posibilidad de escuchar algo nuevo. El analista sabe de la histeria, de la neurosis obsesiva...como saber producido a partir de la experiencia, y esto lo orienta sin duda en sus intervenciones, sabe también de las leyes del inconsciente, pero no sabe de la singularidad de esa histérica o de tal neurótico obsesivo, ni del camino asociativo que sigue su deseo. De ahí el dicho de Lacan sobre el analista: “nada sabe del saber supuesto”, señalándonos la insistencia de Freud en recomendarnos abordar cada caso nuevo como si no hubiésemos adquirido nada en sus primeros desciframientos.

En 1975, Lacan vuelve a decir que “lo que responde a la misma estructura no tiene forzosamente el mismo sentido. Por eso mismo no hay análisis sino de lo particular (....) los sujetos de un tipo no tienen pues utilidad para los demás del mismo tipo”.

Tomado como saber anticipado, como lugar de certeza, el diagnóstico puede obturar la escucha analítica. Pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en la cura. Punto de tensión irreductible intrínseco a las condiciones mismas del análisis.

Quizá la dificultad está en aceptar que se trata de momentos diferentes, aunque articulados. En reconocer que “es indispensable que el analista sea al menos dos, el analista para tener efectos y el analista que, a esos efectos, los teoriza” –Lacan, 1974-.

Freud en “Consejos al médico” se detiene en el mismo problema. Después de haber insistido durante años en la coincidencia entre investigación y tratamiento y de haber fundado en eso de los “títulos de gloria” del psicoanálisis, Freud se ve llevado a afirmar que, sin embargo:

” la técnica que sirve al segundo se contrapone hasta cierto punto a la primera. Mientras el tratamiento del caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo

supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico.

El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de éste. Por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisa. Para el analista, la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades, en no especular ni cavilar mientras analiza y en someter el material adquirido al trabajo sintético de pensar sólo después de concluido el análisis” –Freud, 1912-.

Claro que es imposible posponer hasta el final la construcción de saber sobre un caso. Pero es necesario que la misma no obture el trabajo analítico. Freud sabía de cómo su insistencia en escuchar el Edipo positivo le había impedido oír en Dora la importancia de su relación con la Sra. K, y tener esto en cuenta en la transferencia.

Dificultades diagnósticas

Si bien Freud habla de la necesidad de un diagnóstico diferencial entre neurosis, psicosis y perversión nos habla también de las dificultades e incertidumbres que este diagnóstico tiene.

En la “Iniciación al tratamiento”, Freud plantea la necesidad de un tratamiento de ensayo para tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el análisis. Para él “este ensayo previo ya es el comienzo del psicoanálisis y debe de obedecer a sus reglas” –Freud, 1913-. Este periodo que nosotros conocemos como entrevistas preliminares, tiene para Freud en buena medida, una motivación diagnóstica. Preocupado por preservar el prestigio del psicoanálisis, prefería no iniciar un tratamiento donde no podía prometer resultados, evitando así también costos innecesarios al paciente. En

este mismo texto, indica: “Pongo en tela de juicio que resulte siempre muy fácil trazar la distinción entre neurosis y psicosis. Sé que hay psiquiatras que rara vez vacilan en el diagnóstico diferencial, pero me he convencido de que se equivocan con la misma frecuencia” –Freud, 1913-, agregando que “en un tratamiento de prueba de algunas semanas percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinarlo a no continuar con el intento. Por desdicha no estoy en condiciones de afirmar que este ensayo posibilite de manera regular una decisión segura, sólo es una buena cautela más”.

No se trata de hacer una clasificación de superficie, sino de penetrar en la trama de relaciones, en la posición del sujeto en la estructura, y esto no siempre puede establecerse de entrada. Podría decirse que el diagnóstico es una conjetura que se construye a partir de lo que se escucha y que debe de ser verificada también en lo que se escucha. Esto requiere que el analista pueda soportar sus errores y que se encuentre dispuesto a redefinir la conjetura si parece algo nuevo – recordemos que Freud así lo hacía, no le importaba en absoluto rectificar e incluso manifestarlo por escrito -, o si escucha algo que hasta ese momento había pasado por alto. En muchos casos el diagnóstico lleva tiempo y se hace necesario mantener la espera acompañándola de prudencia en las intervenciones; no siendo, sin embargo, parálisis.

En última instancia, en un decir radical, podemos afirmar que sólo podremos realizar un diagnóstico al final del tratamiento, y que antes sólo son conjeturas que nos ayudan a escuchar y a proponer hipótesis e interpretaciones.

Por último, reseñar que el legado del espíritu freudiano enseña a reconocer los límites de la teoría, a renunciar a un saber anticipado y de certeza, pero al mismo tiempo estimula permanentemente a avanzar en el conocimiento y a intentar responder a los enigmas que la práctica genera.

Las entrevistas iniciales

Se llaman así a las entrevistas que sostienen analista y consultante al iniciar su trato profesional, entrevistas en que se realiza, siguiendo a Freud, un “sondeo a fin de tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el psicoanálisis” antes de dar inicio formal al tratamiento.

Este encuentro se define por los particulares roles que ocupa cada parte. Uno, el paciente, acude donde la otra parte, el clínico, con la expectativa de ser ayudado a tratar con algún tipo de sufrimiento psicológico que lo atraviesa y que no ha sido capaz de resolver por otros medios. El clínico, en virtud de su formación y cierta experiencia adquirida en el tratamiento del sufrimiento humano, lleva a cabo un procedimiento para enterarse del caso y así poder estimar las posibilidades de ofrecer al paciente algún tipo de auxilio.

Estas entrevistas reciben distintas denominaciones según se recalque uno u otro aspecto de éstas. Algunas de estas denominaciones con: “entrevistas preliminares”, resaltando que estas entrevistas son los necesarios encuentros preliminares al inicio del análisis; no son el tratamiento mismo o que no siguen necesaria y estrictamente los lineamientos técnicos de éste; “análisis de prueba” para resaltar que sí se está aplicando la técnica propia del tratamiento analítico pero a modo de evaluar si tiene posibilidades de prosperar; y “entrevistas diagnósticas” para resaltar que estas entrevistas tienen como objetivo establecer la naturaleza y el tipo de dolencia que presenta el paciente.

La denominación “entrevistas iniciales ya denotan que estas entrevistas son el inicio del tratamiento. Aunque son entrevistas en las que se evalúa si se hallan las condiciones necesarias para iniciar un tratamiento, siendo correcto que tanto la técnica y el encuadre no son los mismos a los que rige el tratamiento propiamente, en los casos en que sí se inicia efectivamente el tratamiento, entonces retrospectivamente dichas

entrevistas ya constituyeron el inicio. De esta manera se propicia el inicio inmediato del análisis, aunque como fruto preliminar de éste lleguemos a la conclusión de que no estén dadas las condiciones para el comienzo del análisis.

Objetivos de las entrevistas iniciales

Son varios los objetivos que se pretenden cumplir a través de las entrevistas, y que estos objetivos no se excluyen entre sí, que representen tanto los intereses del analista como los del paciente, supeditándose ambos al propósito de determinar si es que en cuanto analistas podemos ofrecer ayuda al paciente que acude a consulta.



Tratamos de evaluar con el paciente si se dan las condiciones para iniciar el tratamiento. Es preciso que el paciente participe de forma activa en todo este objetivo, lo que incluye la pertinencia el inicio. Es claro que la participación de ambas partes no es igualitaria por cuanto la diferencia de ubicación de ambos en este proceso; cada parte aporta de los suyos para resolver este apartado, pero constatar que el paciente pueda participar activamente en el tratamiento es clave, ya que el análisis no es algo que se implemente al paciente, sino que es algo que él hace, con la ayuda del analista, sin duda.

Freud planteó, como hemos indicado ya, que desconsiderar esta evaluación inicial puede acarrear consecuencias negativas, tanto para el intento de cura como para el

mismo paciente. Ciertamente, no es lo mismo percatarse de la no viabilidad de un tratamiento en la segunda entrevista que al cabo ya de unos meses. En este segundo caso, hay más posibilidades de que el paciente se desilusione de la utilidad del tratamiento analítico, y también de sus expectativas de mejorar su situación de vida, por lo cual parece conveniente el poder ahorrarle tales penurias, en la medida de lo posible. Igualmente, esta precaución también protege al analista – y más allá a la profesión – puesto que la evaluación realista de las posibilidades de recabar ayuda permite que el paciente se ahorre la frustración y la potencial merma en la seguridad de sus competencias, quizá permitiendo que más adelante se pueda volver a consultar y poder comprobar de si existen condiciones en ese otro momento.

De lo dicho, se deriva que ciertamente el tratamiento analítico no funciona para todos los casos ni mucho menos en cualquier condición. Esto es, que existe una posibilidad importante, a tener en cuenta, de que cualquier analista no pueda ayudar a todas las personas que demandan ayuda o tratamiento, o cuando menos, no bajo cualquier condición. Estas precauciones, nos permite ubicarnos frente a la tarea de una manera en que son mayores las posibilidades de que el trabajo que se inicia sea fructífero. Cada analista tiene límites, más amplios o estrechos, con más o menos movilidad, que ciertamente dependen de su personalidad, de su experiencia, y, por supuesto, del caso en cuestión y que afectarán en su capacidad de trabajar productivamente con sus pacientes.

Las posibilidades de establecer una relación con un paciente concreto, eso que denominamos rapport, en que sea posible hacer un trabajo analítico son específicas de este tándem; y la responsabilidad última por finiquitar este asunto recae en la figura del analista. Este ángulo de visión cuestiona la premisa que plantea que la analizabilidad de un sujeto es un problema que radica fundamentalmente en la patología del paciente.

Es importante hacer una prospección del motivo de consulta, tener conocimiento de lo que atraviesa a un paciente, intentar bosquejar las características de las problemáticas que nos presenta, ya sea las que plantea a nivel explícito, manifiesto, o las que se deslizan desde el registro preconsciente. Es necesario precisar si las demandas del sujeto están formuladas en términos de que se reconozca, en cuanto sujeto, involucrado por aquello que trae como motivo de consulta, o al menos que exista el potencial de que se pueda preguntar, él, qué tiene que ver con aquello que lo está determinando. Si el paciente nos dice que fue engañado por su mujer, o que tiene un dolor crónico, la cosa no es suficiente; es distinto si averiguamos que está sorprendido por su indiferencia ante el engaño de su pareja, o que se siente deprimido por la dolencia física; en ambos casos se puede constatar la forma en que el paciente da cuenta de cómo está involucrado en lo que le atraviesa, en lo que le pasa o lo que le sucede en la vida. El grado de precisión y de profundización de este conocimiento vendrá dado por lo necesario para poder alcanzar la conclusión de que el paciente se experimenta, explícita o implícitamente, en conflicto por aquello que lo aqueja.

Este sondeo del caso conlleva una aproximación nomotética e ideográfica. Intentamos hacer conexión con la singularidad del caso; de hecho, la tarea central del análisis consiste en el intento de reconocer las verdades subjetivas que justamente el paciente no tolera, al decir de Freud, “la realidad psíquica”; en este sondeo también incluimos una mirada comparativa, intentamos ubicar o reconocer el caso en el contexto de lo ya conocido, lo que ya está descrito, en una teoría psicopatológica, con la expectativa de que estas generalidades nos orienten en la comprensión del caso.

Ciertamente, no siempre lo ya sabido nos permite adentrarnos en un nuevo caso, puede incluso ser un auténtico obstáculo para ello, en cuanto puede obturar nuestra escucha, sustituyendo aquello que escuchamos por lo ya conocido. Pero también es cierto que a partir de un caso podemos hacer intelecciones extrapolables, siendo correcto que a todo caso lo abordamos desde una cierta teoría que valoramos, y es necesario cotejar el

mutuo encaje entre el caso y la teoría que sostenemos, ya que en esta interrelación se juega la dirección del proceso analítico. Lo que comprendemos no se reduce a una reiteración de lo supuesto – que es nuestra teoría-, sino que está vivo y hace movilizarse nuestros supuestos, en definitiva, hacen que “se vuelvan propios”. Si esto no sucediera así, no sería más que un ejercicio de taxidermia, riesgo, por cierto, que siempre acecha en la relación de la clínica y la teoría, de tal forma que existe la doble vía de que la teoría se ponga al servicio del análisis o de la resistencia.

Bleger ya señalaba que

“la observación que se realiza es siempre en función de ciertos supuestos y que, cuando éstos son conscientes y manejados como tales, la observación se enriquece”; “ir formulando hipótesis mientras se observa, y en el curso de la entrevista verificar y rectificar las hipótesis durante su transcurso mismo en función de las observaciones siguientes...”; “observar, pensar e imaginar coinciden totalmente y forman parte de un solo y único proceso dialéctico”.

El interpretar debíamos incluirlo como relativo al imaginar, comprender.

La comprensión intelectual del caso, su ubicación dentro de ciertas coordenadas teóricas – identificar la repulsión hacia ciertos alimentos en un sujeto como síntoma histérico – es una labor auxiliar, sin duda es una buena pista, pero no es la labor analítica en sí: ésta consiste en el descubrimiento de cual es la significación inconsciente de las manifestaciones que trae el paciente. El logro de esta labor analítica requiere que el analista se disponga a explorar y reconocer cómo está involucrado subjetivamente en la configuración y comprensión del caso; esto remite a la dinámica transferencia-contratransferencia.

Es importante el reconocimiento de ciertas pautas de funcionamiento psíquico preponderantes en el paciente, ya sea angustia, síntomas, inhibiciones, rasgos caracteriológicos, defensas, recuerdos biográficos... lo que nos va a ayudar a establecer si estamos ante un funcionamiento neurótico, perverso o psicótico; y en función de tal precisión, estimar la magnitud de la tarea a emprender, estimar si podemos ofrecer un tratamiento viable. Pensemos, por ejemplo, de esta viabilidad es que si evaluamos estar frente a una estructura psicótica, esto conlleva que alguna persona de su entorno se haga cargo del sujeto en cuanto pueda llevarlo a la consulta los días señalados; esto es, se necesita un garante para el psicótico. O pensemos en una estructura perversa, donde lo que podemos evaluar es si existen suficientes elementos neuróticos en juego o no; si es el primer caso, podemos sospechar que existe una cierta viabilidad de tratamiento; si no se pone en juego dichos elementos, podemos desestimar la viabilidad del tratamiento.



Aunque ya mencionamos en el punto del motivo de consulta, es preciso hacer hincapié en la importancia del reconocimiento de la aptitud y disposición a extrañarse con respecto de sus propias producciones mentales y a su experiencia, a tomarse a sí mismo y a lo que le ocurre como objeto de indagación, a pensarse, a explorar la manera en que está involucrado en la determinación de lo que le sucede. Se trata de establecer de si existe un mínimo de disposición a hacerse preguntas sobre él mismo ya que en última y

primera instancia quien hace un análisis es el propio paciente; y si esto no acontece, por muy brillante que pueda ser el analista, no hay análisis.

Un objetivo tácito de las entrevistas iniciales es permitir al supuesto paciente, porque aún no podemos decir que lo vaya a ser o que lo sea, conocer al analista y su forma de trabajo, para que pueda tener elementos para decidir el iniciar el tratamiento. Evidentemente, los pacientes nos evalúan, sacan sus conclusiones. Explicitar que el paciente es partícipe de la decisión de iniciar o no el tratamiento es recalcar el rol activo que tiene, que se apropie de su análisis. Considerar la participación del paciente en la toma de esta decisión puede propiciar la manifestación de dudas que tanto la técnica como la persona del analista puedan despertar en aquel, lo que puede constituir un auspicioso punto de inicio de análisis de la transferencia o puede precipitar el aborto de un análisis con pies de barro.

Ligado a esto último, está el sondear si es posible establecer una relación de afinidad básica necesaria entre paciente y analista que permita entender la labor analítica, un rapport operativo; tiene que ver con que el analista sienta que pueda comprender al paciente, identificarse con este tanto en su posición de padeciente, como también identificarse con éste en su posición de provocante de aquello que lo aqueja. En general, esta comprensión que el analista puede tener por el paciente se correlaciona con la sensación por parte del paciente de ser mínimamente comprendido por el analista, indispensable para el desarrollo del tratamiento.

No olvidemos que no menos importante, formando el encuadre, son las variables prácticas que deben de considerarse para el inicio y continuidad del tratamiento. La disponibilidad y coincidencia de horarios, el acuerdo de los honorarios, la forma de pago son puntos que deben de hablarse de la manera mas abierta y transparente posible.

La técnica en la entrevista

El paciente que enfrentamos en la primera entrevista viene impulsado a contactarnos por algo que lo angustia, por algún derivado de dicha angustia o por las consecuencias de sus intentos por defenderse de sus problemas, y por la expectativa de que nosotros tenemos algún saber o poder que le permitiría resolver su sufrimiento. La primera tarea del analista reside en no entorpecer el despliegue del caso y no sofocar este auténtico motor del análisis.

Bleger plantea este punto en términos de “permitir en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, o –dicho de otra manera- que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado”.

Esto implica favorecer que el paciente se exprese de la manera más abierta que le sea posible, que tome la iniciativa de mostrarse, a comunicarse, y en general a desplegar su intento por determinar la relación con el analista, sea lo que sea que ponga o suponga en nosotros – la locuacidad de un paciente o su inhibición son manifestación de una propuesta relacional -. No es posible dejar de reconocer que tanto por acción u omisión, participamos en que el paciente se nos presente de tal o cual forma. El punto, sin duda, es intentar no colonizar la relación, evitar este extremo, evitar imponerle determinada estructura – pensemos si estamos frente a un obsesivo, su relación con el superyó, y si nos mostramos, por ejemplo, con rasgos autoritarios, haría juego, sin duda, con dicha relación superyoica, y esto es justamente lo que debemos evitar – de relación que resulte artificiosa y que eclipse el encuentro con el paciente; esto es, intentar defenderse lo menos posible del encuentro con el paciente.

El defenderse lo menos posible del paciente incluye tolerar el lugar idealizado en que el paciente nos ubica y que usualmente lo impulsa a consultarnos y que se corresponde con la transferencia positiva que Freud sugiere no analizar en la medida en que no haga

resistencia, porque es motor de análisis. Posteriormente, Lacan anuda con Freud señalando que el analista dé soporte al lugar de “sujeto supuesto saber” –s.s.s.- en que el paciente ubica al analista.

Ya hemos indicado que el paciente hace el esfuerzo necesario para ubicarse frente a nosotros, manifestándonos sus malestares, por lo que expresiones del modo de “no sé por qué he venido”, el mutismo o la incoherencia deben de ser tomadas en el contexto de las vicisitudes propias de la dinámica transferencial-contratransferencial.

No es función del entrevistador provocar angustia – aunque sea eso lo que el encuentro genere en el paciente- pero tampoco el mitigarla por otros medios que no sean los analíticos – principio de abstinencia-. Esto es particularmente importante ante la demanda tácita de parte del paciente porque hagamos cosas o representemos determinados roles que aplaquen las ansiedades que se movilizan en el encuentro con el analista. Pero esto también es válido en sentido inverso: el paciente no está para atenuar la angustia que el encuentro pueda suscitar en el analista.

Todo esto en el entendido que nuestra actividad analítica se nutre de que ambos partícipes puedan tratarse con naturalidad, como personas comunes. Esto se puede perder en virtud de una mal llamada neutralidad, que para Heimann puede responder a la identificación con un determinado ideal de analista – por ejemplo, aséptico, distanciado -; ciertamente no es lo mismo aceptar ser el depositario de una idealización con que el paciente nos inviste que identificarse con una idealización que parte del analista para poder ubicarse frente al paciente.

En último término, lo importante es sostener una actitud analítica, o sea, la disposición a considerar lo que hacemos con el paciente, lo que éste nos despierta o provoca como parte del material a analizar.

En cuanto a las intervenciones que realizamos, básicamente se orientan a escuchar y observar lo que el paciente nos comunica de manera consciente e inconsciente – las

formaciones del inconsciente: lapsus, actos fallidos, particulares articulaciones de frases que se escogen para decir algo, gestualidad, entonación -, lo que incluye clarificar las comunicaciones del paciente a través de formularle preguntas, señalar aquellas manifestaciones que estimamos relevantes pero que hayan sido planteadas al “pasar” o con indiferencia, y confrontar al paciente con aquellos aspectos de sus comunicaciones que aparezcan contradictorios.

Estas intervenciones nos permiten comprender mejor lo que el paciente comunica, observar su funcionamiento mental, plantearnos hipótesis, provocar asociaciones, sondear la disposición al trabajo psicológico. Como está inscrito en el estudio previo al tratamiento, nos abstendremos de realizar interpretaciones; es decir, aclaramos, resaltamos u organizamos aquello que el paciente plantea a nivel consciente o que está a nivel preconsciente, pero no nos proponemos añadir mucho más.

En las entrevistas iniciales no se opera de la misma manera que cuando nos sumergimos en el análisis como tal. El tratamiento analítico es una situación un tanto extraña; uno de los partícipes, el analista, no actúa con todas las propiedades de una persona común, sino que durante la relación que mantienen se dedica casi exclusivamente a referirse al propio paciente inclusive cuando este lo interpela. La mayoría de los pacientes nos ubican y se ubican en lugares socialmente sostenidos, habitualmente en la serie paciente-médico-hijo-padre con roles determinados. Dado este tipo de cosas, es recomendable introducir al paciente al encuadre psicoanalítico, explicarle e instruirlo respecto en qué consiste el procedimiento, y cual es la parte que él debe de cumplimentar. Esto conlleva a acordar de forma clara las condiciones de trabajo y responder de forma transparente a las inquietudes legítimas de una persona que acude por asistencia profesional; explicar en qué consiste la técnica, cual es el rol de cada cual, en el tratamiento, y todos los elementos del encuadre. Por supuesto, mientras no renunciamos a analizar lo que ocurre mientras debatimos estas cuestiones; todo esto es previo para echar a andar en el tratamiento analítico; no impide ni tiene como propósito

desalentar la idealización del analista o de la relación con éste, pero sí es un punto de apoyo para que, ya bastante después, pueda iniciarse aquello que llamamos la desarticulación de la transferencia, o mejor, la caída del analista, ya apareciendo bajo el semblante del Otro castrado.

Bibliografía

- Braunstein, N. psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Editorial Siglo XXI, México, 1980.
- Bleger, J. La entrevista psicológica. Nueva Visión, Bs Aires, 1985.
- Freud, S. Obras completas. Edit. Amorrortu, 1991.
 - “Consejos al médico”
 - “La iniciación al tratamiento”.
 - “La dinámica de la transferencia”.
- Harari, R. Implicaciones técnicas.
- Heimann, P. On countertransference. Edit. Routledge, London, 1950.
- Lacan, J. Variantes de la cura tipo. En escritos I. Edit. Siglo XXI, México, 1988.
- Lacan, J. Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista en la escuela. En momentos cruciales de la experiencia analítica. Edit. Manantial, Bs Aires, 1991.
- Lacan, J. El seminario R.S.I. Inédito. 1974.
- Lacan, J. Introducción a la edición alemana de los Escritos, en Uno por Uno, Revista Mundial de Psicoanálisis, 1995.
- Lacan, J. Seminario el acto psicoanalítico.
- Liberman, D. Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales. En Revista de psicoanálisis, 1972.
- Mannoni, M. La primera entrevista con el psicoanalista. Edit. Granica, Bs Aires, 1973.
- Rolla, E. La entrevista clínica. En Revista de Psicoanálisis, 1972.
- Mazzuca, R. y otros. Algunas cuestiones sobre la prepsicosis. En clínica diferencial de las psicosis. Edit. Manantial, Bs Aires, 1984.

- Miller, J.A. Conferencia de Bruselas: Problemas clínicos para el psicoanálisis. En Recorrido de Lacan, Edit. Manantial, Bs Aires, 1984.

Cuestiones

1. qué son las dificultades diagnósticas en psicoanálisis
2. Señala que son las entrevistas iniciales en psicoanálisis.
3. Indica el par transferencia-contratransferencia.
4. Aborda algunos de los objetivos en las entrevistas.
5. Señala tu aportación personal sobre el tema tratado.