



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ENSAYO

“¿CÓMO COMIENZA UN ANÁLISIS?”

ALUMNA: Carolina Tovaldi
LEGAJO: T-5005/9
DOCENTE RESPONSABLE: Silvana Facciuto
AÑO: 2018

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecerle a mi tutora Silvana Facciuto quien me orientó en la realización de este trabajo con mucho esmero, dedicación y precisión; a Martin Contino, docente del Espacio Tif, que en cada encuentro tranquilizó mis nervios y disipó mis dudas; a los amigos que me dio la Facultad de Psicología que me brindaron material de lectura y sugerencias de acuerdo a las experiencias vividas en esta instancia final; y a mi familia, sostén irremplazable, que me acompañó durante mi tránsito por la carrera de psicología. A todos ustedes, ¡Gracias!.

Índice

Resumen y palabras claves.....	página 4
Desarrollo	
A) ¿Cómo comienza un análisis?.....	página 4
B) El tiempo del análisis y la implicación subjetiva.....	página 7
C) La llegada a consulta y el lugar del analista.....	página 10
Conclusión.....	página 13
Referencias bibliográficas.....	página 15

Resumen:

El presente ensayo intenta elucidar cómo se da la entrada en análisis de un paciente, a partir del día en que ingresa a consulta, y basando la respuesta en la investigación de textos freudianos, que fueron escritos en los años entre 1904 y 1917.

Freud se preguntaba en sus inicios las razones que hacían a una persona apta, o no, para ser analizada psicoanalíticamente. El dispositivo presentaba por esos tiempos ciertas limitaciones para su aplicación, y es por esta razón que Freud se tomaba un tiempo antes del comienzo del análisis para realizar entrevistas a sus pacientes y elucidar si eran, por sus características y el tipo de patología que presentaban, aptos para ser tomados como pacientes. Llamaba Ensayos previos a estos encuentros.

En la actualidad, a pesar de haber superado las limitaciones que Freud planteaba a comienzos del 1900, el tratamiento analítico sigue necesitando de esta etapa previa de entrevistas, con el objetivo de situar subjetivamente al paciente, plantear un diagnóstico, realizar una apertura a lo inconsciente, y crear un espacio transferencial, para que luego pueda darse la entrada en análisis. Esta entrada también depende del grado de implicación que quien consulta tiene con la terapia que dice querer comenzar; la decisión del paciente es condición necesaria para el ingreso al dispositivo. A partir de los Ensayos previos podremos decidir si autorizar o no una terapia psicoanalítica para ese paciente, en ese momento, y en esas condiciones y si seremos competentes como profesionales para poder llevar a cabo el tratamiento.

Palabras claves: Llegada a consulta; Ensayo previo; transferencia.

Desarrollo

A) ¿Cómo comienza un análisis?

Cotidianamente conocemos casos de personas que dicen comenzar un tratamiento psicoanalítico que al poco tiempo ya no pueden sostener. Llegar a consulta con un analista no significa necesariamente estar comenzando un tratamiento. Existe un umbral que hay que atravesar.

En la terapia psicoanalítica es condición necesaria la existencia de entrevistas previas, entre el analista y la persona que llega a consulta, que antecedan la entrada en análisis. Esta entrada no tiene que ver con la existencia de un procedimiento automático dado de antemano que la garantice. No se trata de determinado número de entrevistas fijas que darían cuenta de una segura entrada en análisis. Para que ésta se produzca hay *algo más* que tiene que suceder a partir de las entrevistas previas. En este *algo más* está la clave. Este es el punto de quiebre.

Desde sus inicios Freud se interesó por la manera en la que un tratamiento analítico comienza y en 1913 escribió un texto al que llamó *La iniciación del tratamiento* (2013b) donde intentó reunir una serie de reglas para la práctica. Sin embargo en seguida explica que solo se pueden tomar como consejos, sin perder nunca de vista las singularidades de cada caso. Con esto, desde el primer párrafo, ya indica la gran limitación con la que se encuentra al momento de intentar mecanizar la técnica psicoanalítica. De hecho, al día de hoy, luego de más de cien años, nadie logró encontrar una receta que garantice el éxito del análisis. No contamos con una serie de pasos exactos a seguir y sabemos que la terapia depende de cada encuentro entre analista y paciente, de cada historia y subjetividad, de cada intervención y estrategia profesional. Sin embargo Freud explica que estas circunstancias no le impiden al médico señalar normas generales de conducta.

Freud ya había expuesto en textos anteriores acerca de las personas que eran aptas para la terapia y aquellas frente a las cuales el tratamiento psicoanalítico estaba contraindicado. Fue en 1904, cuando escribió *Sobre psicoterapia* (2013c), que sugería que la terapia no era apta para aquellos enfermos que no posean cierto nivel cultural, por lo que el profesional no debía tomarlos como pacientes. Lo mismo sucedía con las personas que llegaban a consulta por imposición de sus familiares. Además explicaba que, para avanzar de forma segura, la elección de pacientes debía limitarse a personas capaces de un estado normal ya que consideraba que era ese el punto de partida del psicoanálisis para llegar luego a apoderarse de lo patológico.

También creía una limitación para la elección de pacientes a la edad de estos. Decía que las personas cercanas a los cincuenta años solían carecer de plasticidad de los procesos anímicos y que, además, el análisis se extendería demasiado luego de esta edad debido a la gran acumulación de material psíquico. En el otro extremo, refiriéndose a los niños, consideraba que en ocasiones eran estos asequibles al psicoanálisis, por lo cual la aceptación de un paciente impúber dependía de cada caso en particular.

En ese momento Freud pensaba que las psicosis, los estados de confusión mental y de melancolía profunda tampoco eran tratables con psicoanálisis, pero depositaba sus esperanzas en que, en un futuro, una vez que se modificara el método, esta contraindicación quedaría superada.

Ya podemos pensar hasta aquí algunas razones por las cuales Freud creía necesaria una etapa de prueba que precediera al análisis. Él había tomado la costumbre de advertirle a los pacientes de los cuales tenía pocos datos que solo se podía encargar de ellos provisionalmente y por una o dos semanas. Con esto evitaba que, en caso de encontrarlos no aptos para el tratamiento, sintieran que habían tenido un intento de curación fracasado. Mientras tanto él tenía ante sus ojos la posibilidad de hacer un sondeo para conocer el caso

y poder decidir esta cuestión. Llamaba a esta etapa *Ensayo previo* y para diferenciarlo del análisis dejaba hablar al enfermo sin darle ninguna explicación más que las indispensables para que pueda continuar con su relato (Freud, 2013b).

Además la iniciación del tratamiento con un período de prueba tiene una motivación diagnóstica. Teniendo un diagnóstico el terapeuta estará más orientado para llevar a cabo una terapia eficiente. En este sentido, dice Freud, “si el psicoanalista yerra en su diagnóstico, incurrirá en una falta de carácter práctico, impondrá al enfermo un esfuerzo inútil y desacreditará su terapia” (2013b: 1662). Recordemos que en el momento en que Freud escribió este texto, aún seguía vigente la idea de que el psicoanálisis estaba contraindicado para ciertas afecciones como las psicosis. Entonces, el Ensayo previo de algunas semanas le servía para poder pesquisar alguna manifestación sospechosa que le indicara que no se debía seguir con el tratamiento de ese paciente. Sin embargo también expresa que, “desgraciadamente, no puede tampoco afirmarse que tal ensayo nos facilite siempre un diagnóstico seguro; es tan sólo una precaución más” (Freud, 2013b: 1662).

Años después, Lacan dirá que intervenir en entrevistas preliminares sin saber lo que se hace podría desencadenar una psicosis aun no desencadenada. Por lo tanto, el valor de éstas, no solo es técnico, tiene que ver también con una cuestión ética (Sinatra, 2002).

Freud también hace hincapié en las consecuencias desfavorables para el análisis que conlleva la existencia de una relación de amistad entre el médico y el enfermo y en esto es tajante: “El psicoanalista del que se solicita que se encargue del tratamiento de la mujer o el hijo de un amigo, puede prepararse a perder aquella amistad, cualquiera que sea el resultado del análisis” (2013b: 1662). Para Freud la decisión de analizar a alguien no era gratuita, conllevaba una pérdida, prescindir de su amistad. Él consideraba que la transferencia conduciría a que el analista pase a ser *otra cosa* que lo que era para esa persona que consulta pero, sin embargo, este debía cumplir con ese sacrificio si no encontraba un médico sustituto digno de su confianza.

En este texto también nos habla sobre la poca importancia que tiene para la eficacia del análisis la confianza que el paciente deposite en el dispositivo psicoanalítico: Freud dice que solo sirve para hacer más amenos los primeros contactos con quien consulta, y que la confianza y afinidad por el psicoanálisis no tienen peso en comparación con las enormes resistencias internas que mantienen la neurosis, las cuales no tardarán en hacer llegar las primeras dificultades.

Otra de las cuestiones que pueden surgir al iniciar el análisis tiene que ver con poder concertar con el paciente las condiciones respecto al dinero. Freud le daba un uso para la terapia a esta condición. Consideraba que al paciente había que darle una hora determinada, que le pertenecía por completo, a la cual éste debía responder económicamente aunque no la utilice. También era tajante en esto: había que cumplirlo sin excepción. ¿Por qué? Porque según su visión, de no ser así, las faltas de asistencias *casuales* se multiplicarían en demasía, y generarían pérdidas de tiempo sin ningún fruto para la terapia. Decía que manteniendo estrictamente esta regla desaparecerían los obstáculos *casuales* que pudieran impedir que el enfermo llegue a consulta a la hora y día pactados y así el trabajo se podría continuar seguidamente eludiendo la dificultad de que este se interrumpa en el momento en que prometía llegar a ser más provechoso e interesante. Sabemos que las resistencias al análisis se acentúan cuanto más hondo el terapeuta cala en el inconsciente. Por lo tanto, esta era, una manera de amarrar a sus pacientes a la terapia.

B) El tiempo del análisis y la implicación subjetiva

Freud se refirió específicamente, en *La iniciación del tratamiento* (2013b), a cómo responder ante la incómoda pregunta, en un primer encuentro, sobre la duración del tratamiento: eludiéndola.

Proponía invitar al enfermo a transitar el camino explicando que antes de poder darle una respuesta era necesario conocer su paso. Ciertamente, el neurótico puede cambiar el ritmo de su paso en la terapia y, a veces, avanzar muy lentamente. Esto torna imposible fijar de antemano la duración de un tratamiento. Aconseja que si la interrogación tiene que ser contestada habrá que hacerle saber al paciente que el psicoanálisis precisa de tiempos prolongados:

Estamos obligados a hacérselo saber así, antes que se decida definitivamente a someterse al tratamiento. Por mi parte, me parece lo más digno y también lo más conveniente advertir desde un principio al enfermo las dificultades de la terapia analítica y los sacrificios que exige, evitando así que el día de mañana pueda reprocharnos haberle inducido a aceptar un tratamiento cuya amplitud e importancia ignoraba (Freud, 2013b: 1665).

Agrega, además, que aquellos enfermos que ante esta noticia deciden no someterse a la terapia de aceptarla seguramente en poco tiempo habrían de mostrarse poco adecuados para la misma.

Veamos, para ilustrar la cuestión del tiempo en análisis, un ejemplo que expone Sinatra, psicólogo y profesor de la Universidad de Buenos Aires en su libro *Entrevistas preliminares y entrada en análisis* (2002).

Se trata de un joven que por teléfono solicita una entrevista con él por un tema puntual, imponiendo la condición de que sólo iría a verlo si la entrevista era *solo una*. A pesar de su sorpresa y de la ya conocida imposibilidad del tratamiento analítico de comenzar y terminar en un solo encuentro, el terapeuta aceptó.

El entrevistado se presentó el día pactado, expresándose meticulosamente e intentando no cometer ningún equívoco en lo que quería decir. Él iba a hacer una pregunta al analista, que planteó después de muchos rodeos, y demandaba una respuesta concreta: quería saber por qué su novia se negaba a mantener relaciones sexuales con él.

Previamente el entrevistado había consultado con otro analista, de renombre, del que en aquella oportunidad había obtenido una respuesta inmediata: *bueno hombre, pero usted la eligió*. Esta respuesta, a pesar de ser verdadera, no había servido para nada en este caso. Y la razón, dice Sinatra, tuvo que ver con el detalle clínico de que este hombre no era histérico, sino obsesivo. Vemos con esto la importancia de generar un diagnóstico del paciente. Esta intervención no logró conmover el sistema de sus representaciones conscientes, no lo pudo dividir, situarlo en la posición de analizante.

La viñeta sirve para pensar en la atención que requieren ciertos detalles. En cómo un analista puede estar diciendo algo que su analizante (o aun no) no está preparado para escuchar. Este joven pedía expresamente al analista *no me diga lo que ya se, porque no me sirve para nada, porque eso ya me lo dijo el otro*. Esto ilustra cómo el valor de verdad de un enunciado puede ser absolutamente ineficaz y pasar de largo. Y que un analista puede perder la brújula si se encomienda a la verdad como amo absoluto; “El tiempo es una variable esencial para tener en cuenta en las entrevistas preliminares, ya que si la interpretación “no entra” en el momento adecuado, pasa de largo” (Sinatra, 2002: 32). El otro analista había hecho una intervención tan certera y precisa, como fuera de tiempo.

Siendo esta la situación los Ensayos previos nos sirven para construir las condiciones de analizabilidad para un tratamiento, y esto tiene que ver con tres elementos centrales: la localización subjetiva del entrevistado, una evaluación clínica que sirva a la creación de un

diagnóstico, y como consecuencia de los dos puntos anteriores, la apertura a lo inconsciente.

Sin embargo, hace falta algo más para traspasar el umbral de ingreso al dispositivo psicoanalítico, algo que producirá al sujeto y dará lugar a que se efectúe el inconsciente por la vía del síntoma: la decisión. Este es el punto más alto de implicación subjetiva, ya que lleva construir la categoría de sujeto en torno a la responsabilidad y la elección (Sinatra, 2002).

Recordemos las palabras de Freud: la psicoterapia “tampoco es aplicable a personas que al someterse a tratamiento, no lo hagan espontáneamente, sino por imposición de sus familiares” (2013c: 1011).

Las formaciones del inconsciente sirven para localizar al sujeto, pero para que esta localización suceda, además de que haya un sujeto en las formaciones del inconsciente, se requiere que alguien pueda reconocerse en esas formaciones. Cuando un paciente, por ejemplo, tiene un lapsus que pasa por alto y rechaza, el inconsciente se ha manifestado, pero no sirve a los fines del análisis. Se necesita la sanción y el reconocimiento de aquello que aparece como equívoco, como formación inconsciente. No es suficiente solo con la manifestación, hace falta un trabajo de la transferencia para que ese saber que surja pueda ser aprovechado (Sinatra, 2002).

Hay un saber que no se sabe y que además resiste a ser sabido. Por eso, Sinatra en *Entrevistas preliminares y entrada en análisis* nos dice:

El tiempo del análisis implica la apertura necesaria entre el instante de ver, que es cuando alguien manifiesta sus síntomas y sufrimientos, el tiempo de comprender y el instante de concluir. Todo el momento de comprender, lapso en el cual transcurre el análisis, implica la apertura realizada para que alguien pueda tener una relación de sensibilidad con los contenidos inconscientes en los que está comprometido subjetivamente de verdad, es decir, con la verdad de su satisfacción (2002: 115).

Querer saber no es fácil. Freud hacía referencia a esto cuando explicaba que imponiendo la obligación al paciente de pagar cada sesión, incluso a las que faltara, evitaba que los enfermos *casualmente* no asistieran cuando la terapia se ponía más interesante a los fines de la cura (2013b).

Esto está en relación con los límites de la transmisión de saber del analista para con el analizado, con los tiempos del análisis de los que hablábamos.

En los inicios de la técnica analítica Freud apenas distinguía entre el saber del analista y el del paciente. Consideraba que para avanzar más rápidamente en el tratamiento de la neurosis era útil obtener información de otras personas (padres, encargados de crianza, etc.) sobre los traumas infantiles olvidados de los pacientes. Con este propósito les comunicaba rápidamente esta información a sus analizados y fue así como descubrió que el éxito esperado no se producía (2013b).

Tomemos un ejemplo que él expone sobre una mujer histérica que había vivido en su adolescencia una satisfacción homosexual traumática que había olvidado totalmente pero su madre recordaba porque ella misma la había sorprendido en la escena. La madre le proporcionó a Freud esta información planteándola como una posible causa de sus ataques histéricos. Él le comunicó a su analizada esta situación como causa de lo reprimido pero cada vez que le repetía a la paciente este relato ella reaccionaba con un ataque histérico tras el cual la comunicación quedaba olvidada de nuevo.

Dice Freud:

No cabía ninguna duda de que la enferma exteriorizaba una violentísima resistencia a un saber que le era impuesto; al fin simuló estupidez y total pérdida de la memoria, para protegerse de mis comunicaciones. Fue preciso entonces quitar al saber como tal el significado que se

pretendía para él, y poner el acento sobre las resistencias que en su tiempo habían sido la causa del no saber y ahora estaban aprontadas para protegerlo. El saber consciente era sin duda impotente contra esas resistencias (1913: 142).

Esta paciente necesitaba más tiempo para procesar ese recuerdo, necesitaba seguir transitando el análisis. Cuando ese recuerdo fue traído de forma violenta como saber, y proporcionado por un tercero, no produjo ningún efecto de verdad.

Para que haya análisis es necesaria la introducción del tiempo de comprender. El análisis es ese tiempo de comprender.

Entonces, repasemos, se debe producir la localización subjetiva, las formaciones del inconsciente, y darse el tiempo para que el sujeto surja y se reconozca en este producto (Sinatra, 2002).

Los Ensayos previos, como los llamó Freud, o las Entrevistas Preliminares, al decir de Lacan, sirven

Para elucidar si se puede autorizar o no un análisis para una persona en ese momento y con ese analista. Si esas razones no están claras no se debe avalar la demanda y poner al trabajo hasta elucidarlo. [...] Sirven para ratificar o rectificar el pedido de análisis; también para acompañar al entrevistado a que intente cruzar el umbral de las mismas (Sinatra, 2002:180).

C) La llegada a consulta y el lugar del analista

Lo necesario para pensar en iniciar un análisis es que una persona se haga una pregunta sobre algo que le pasa, que quizá sea una pregunta corriente, pero será la que más lo represente en su posición subjetiva, es una pregunta sobre su sufrimiento. No es suficiente con decir *me pasa algo* o *yo sé que no estoy bien*. Hace falta una segunda parte que tiene que ver con suponer que *eso* quiere decir algo y además suponer que por saber *qué es lo que quiere decir eso* el sujeto podría aliviarse. Así, la tercera parte es la consulta: dirigirse con el sufrimiento a un analista que supone que puede ayudar a encontrar ese saber que le falta para aliviarse.

Esta interrogación, que irá a trabajarse en las entrevistas preliminares, implica una división subjetiva. Implica que hay algo que la persona que no sabe, una división entre saber y no saber, entre el dolor y la suposición de que haya un saber que pueda calmarlo.

Algo de esta ignorancia también es necesaria del lado de quien ocupa el lugar de terapeuta. Para que alguien pueda saber, debe saber que ignora, y luego soportar esa ignorancia. Esto es algo fundamental en las entrevistas previas.

El analista debe poner en juego la ignorancia con respecto al saber para poder saber algo de lo que al otro le aflige. Si uno cree que ya sabe, porque por unos pocos comportamientos vislumbrados rápidamente en el otro ya puede hacer un diagnóstico, se produce un cierre. “Cuando uno supone que ya sabe, no deja actuar su propia ignorancia cerrando así la intelección de lo nuevo en el caso, la singularidad, novedad, sesgando el encuentro posible con el analista para ese entrevistado” (Sinatra, 2002: 194). Hay que no saber para poder saber.

El analista como un sujeto de saber absoluto sería un sujeto acabado en su identidad, completo, suturado, lleno de saber, y por lo tanto, podemos deducirlo, inexistente.

En su seminario *La Identificación*, Lacan formula el concepto de Sujeto Supuesto Saber, localizando la estructura que “nos evita la ilusión de un acceso a un supuesto saber absoluto” (Sinatra, 2002: 195) ya que si se pudiera llegar de forma diacrónica, en el tiempo de un análisis, a un saber absoluto, se eliminaría la hiancia del inconsciente. Sabemos que esto jamás sucede. Pero la ilusión que genera es completamente necesaria. Es lo que el consultante, propuesto analizante, viene a buscar, un saber de otra persona. En el análisis, el Sujeto Supuesto Saber es el analista, y este es el fundamento de la transferencia (positiva) según Lacan (Sinatra, 2002).

Freud se dedicó al tema de la transferencia en alguno de sus textos. En *La dinámica de la transferencia* (2013a) nos explica cómo es que ésta funciona y cómo alcanza su papel durante el tratamiento.

Cuando se persigue un proceso patógeno desde su subrogación en lo consciente hasta sus raíces inconscientes se entra en una región donde las resistencias son cada vez más fuertes. Así, la siguiente ocurrencia da razón de estas resistencias, y aparece como un compromiso entre los requerimientos de estas y los del trabajo del médico. Es en este punto, dice Freud, que sobreviene la transferencia: si algo del complejo patógeno es apropiado para ser transferido sobre la persona del médico, esta transferencia se produce. Es un proceso que se repite muchas veces durante el análisis: siempre que uno se aproxima a un complejo patógeno lo primero que llega hasta la conciencia es la parte de este complejo susceptible de ser transferida sobre la persona del médico.

Pero a veces no es tan simple: la transferencia puede servir como medio de resistencia y esto ocurre cuando es el del tipo *negativa*. Solo cuando la transferencia es positiva el paciente reviste al médico de autoridad y cree en sus comunicaciones; de lo contrario este ni siquiera sería escuchado (Freud, 1912). Por eso es que, decíamos, Lacan considera que el hecho de que el paciente crea que el psicoanalista posee un saber que le transmitirá acerca

de su vida, fundamenta que exista transferencia positiva y que el análisis pueda transitarse, o al menos, comenzar.

Freud (2013b) decía en *La iniciación del tratamiento* que el terapeuta jamás debía interpretar algo de lo que el paciente le comunique antes de que se haya establecido la transferencia. Proponía como la primera meta allegar al paciente al tratamiento y a la persona del médico, indicando que para esto solo se necesitaba tiempo. Con *allegarlo* se refería a que el paciente “enhebre al analista en una imago de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor” (Sinatra, 2002: 112).

Freud intentaba ocupar en la transferencia el lugar del padre que ama y pensaba que había que utilizar el valor de sugestión que la transferencia positiva generaba a los fines del análisis.

Cuando Freud se dio cuenta de que sus pacientes jóvenes y hermosas tenían sentimientos de amor por él, quien se describía como viejo y feo, decía a la vez que la razón de esto debía ser algo que fuera más allá de él, ya que no podría creer que esa atracción fuera generada por los atributos que él poseía como hombre. Creía que había que utilizar esta situación en favor del análisis y también consideraba que podría generar problemas si el analista se ponía en una posición moralizante sobre el paciente e intentaba adoctrinarlo, lo cual constituía una tentación y un riesgo.

El analista no puede ubicarse como medida de todas las cosas, como quien sabría decir qué es lo que está bien y qué lo que está mal, ya que la medida de satisfacción de uno mismo no puede ser dimensión de la medida de satisfacción de otra persona. Una vez más, se pone en juego la ética que el análisis implica (Sinatra, 2002).

La transferencia, positiva o negativa, es superada cuando se logra demostrarle al enfermo que sus sentimientos no tienen su fuente en la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió otra vez, con anterioridad. De esta forma lo forzamos a mudar su repetición en recuerdo, y esta transferencia que parecía amenazar a la cura, se convierte en un instrumento de ella (Freud, 2012a).

Cuando Freud analizó a Dora admitió una falla en la transferencia de la que fue consciente una vez que su paciente había abandonado la terapia, luego de solo tres meses de tratamiento. Él dice que no logró dominar a tiempo la transferencia. Dora ponía a su disposición material patógeno, y él no se dio cuenta de que con una parte de ese material ella estaba preparándose para renunciar al tratamiento, de la misma manera en que en su momento había abandonado la casa del señor K, con quien tenía una relación que la perturbaba.

Freud expresa que él, de haberse dado cuenta, tendría que haberla alertado diciéndole

Ahora usted ha hecho una transferencia desde el señor K hacia mí. ¿Ha notado usted algo que le haga inferir malos propósitos, parecidos a los del señor K? ¿Algo le ha llamado la atención en mí o ha llegado a saber alguna cosa sobre mí que cautive su inclinación como antes el ocurrió con el señor K? (2012b: 103).

Así, su atención se habría dirigido sobre detalles de la relación y el trato con Freud, detrás de lo cual se escondería algo parecido, pero más importante, en relación al señor K. “Mediante la solución de esta transferencia el análisis habría obtenido el acceso a un nuevo material mnémico, probablemente referido a hechos. Pero yo omití esta primera advertencia, creí que había tiempo sobrado” (Freud, 2012b: 104).

La transferencia sorprendió a Freud y a causa de esa razón no advertida por la cual él le recordaba al Señor K, ella se vengó de él como si se vengara del señor K y lo abandonó, tal como se creyó engañada y abandonada por él. Actuó sus fantasías en lugar de reproducirlas en la cura.

La transferencia es por sí misma una repetición del pasado olvidado y en *Recordar, repetir, reelaborar* Freud (2012c) agrega que no solo se da sobre la persona del médico, sino también sobre los demás sectores de la situación presente alrededor del tratamiento y mientras mayor sea la resistencia, más quedará sustituido el recuerdo por la acción.

¿Qué es lo que, bajo las condiciones de la resistencia, el paciente repite en lugar de recordar? Todo lo que fue incorporando a su ser partiendo de las fuentes de lo reprimido, tal como inhibiciones, tendencias inutilizadas y sus rasgos de carácter patológico. Y además, durante el tratamiento, repite todos sus síntomas.

Así podemos ver cómo la enfermedad del analizado no puede cesar con el comienzo del análisis, y no debemos tratarla como un hecho histórico, sino como una potencia actual. Es sobre esto, que el paciente vivencia como algo real y objetivo, que el terapeuta debe trabajar reconduciéndolo al pasado. Se está evocando un pedazo de vida real y por eso en algunos casos esto no es inofensivo. De aquí arranca todo el problema del empeoramiento durante la cura.

Freud nos dice que cuando la ligazón trasferencial se ha vuelto de algún modo viable, “el tratamiento logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico” (2012c:155), dándole un nuevo significado transferencial a todos los síntomas de la enfermedad.

“El principal recurso para dominar la compulsión de repetición del paciente y transformarla en un motivo para el recordar consiste en manejar la transferencia” (Freud, 2012c: 156). En mostrar la transferencia como el ámbito donde la compulsión puede ser tolerada, donde tiene permitido desplegarse con total libertad y donde le pedimos al paciente que escenifique todo el pulsionar patógeno que esté escondido en la vida anímica.

La introducción en el tratamiento lleva a que el enfermo cambie su actitud consciente frente a la enfermedad. Ya no tiene permitido despreciarla y lamentarse de ella, sino que, tiene que tener el valor de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad, considerarla, ya no algo despreciable, sino un oponente digno, un fragmento de su ser del que desplegará algo valioso para su vida posterior. Así podrá concederle tolerancia a la condición de enfermo. La transferencia tiene la gran tarea de crear un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de una a la otra.

Conclusión

La llegada a consulta de un paciente implica la puesta en juego de una relación con el analista que necesita de la existencia de determinadas condiciones para que el despliegue de la terapia psicoanalítica pueda llevarse a cabo y ser transitado.

En los inicios de su teorización Freud, durante sus intentos de mecanizar la técnica del psicoanálisis, se preguntaba cuáles eran las características que hacían a una persona apta, o no, para ser analizada psicoanalíticamente. En ese momento la aplicación de la terapia estaba mucho más limitada que en la actualidad.

Freud consideraba, por ejemplo, que el psicoanálisis no era aplicable al tratamiento de las psicosis ni melancolías profundas, así como a las personas mayores de cincuenta años por considerarlas carentes de plasticidad en sus procesos anímicos, o aquellas de bajo nivel cultural.

Por estas razones les decía a los pacientes que llegaban a consulta que solo podría hacerse cargo de ellos por unas pocas semanas, y se tomaba ese tiempo para realizar entrevistas a sus propuestos analizantes, conocerlos a ellos y al caso, sondear la situación, y así poder elucidar si los tomaría o no como pacientes. Con esto evitaba que, en caso de no ser aptos para el tratamiento, sintieran como fallido su intento de curación.

Hoy en día el psicoanálisis superó, tal como Freud lo esperaba en aquel momento, estas trabas de aptitud; sabemos que los sujetos de mencionadas características que antes no eran analizables ahora lo son y que podemos extender el tratamiento a una enorme porción de la sociedad.

Así mismo, el tomar este recaudo que Freud proponía en sus inicios, este tiempo de encuentros previos con los consultantes a los que denominó Ensayos previos, sigue vigente. Como profesionales, los Ensayos previos, nos sirven en la actualidad para poder elucidar si podemos o no autorizar un análisis para esa persona y en ese momento determinado. La edad, el nivel cultural y las patologías como la psicosis y melancolías, ya no serán condiciones que quiten al paciente la posibilidad de emprender un tratamiento analítico, pero son particularidades que debemos conocer, entre otras, para poder situar y detallar cada caso en particular y sobretodo saber cuál es el grado de implicación y decisión que quien consulta tiene para con la terapia que dice querer comenzar. Además, como profesionales nos implica en una cuestión ética: saber desde los primeros encuentros si seremos y podremos ser capaces de hacernos cargo de determinado caso, con la patología que este se nos presenta.

Freud proponía como la primera tarea del profesional allegar al paciente al tratamiento, ya que estaba seguro de que nada se debía interpretar antes de que se haya creado un espacio transferencial con él. Por eso planteaba como una de las cuestiones centrales a tener en cuenta durante los Ensayos el limitarse a no interpretar absolutamente nada de lo que el paciente dijera durante estos, y solo intervenir lo necesario para que este pudiera continuar con su relato, mientras se intentaba crear la transferencia.

Para que se pueda traspasar el umbral de ingreso hacia el dispositivo psicoanalítico es condición necesaria que el paciente sea quien tome la decisión de hacerlo. Este es el grado más alto de implicación subjetiva, ya que lleva a construir la categoría de sujeto en torno a la responsabilidad y la elección. No basta para el análisis que emerjan durante las sesiones los contenidos inconscientes, también hace falta que el sujeto se reconozca allí, en esas formaciones.

El objetivo de los Ensayos previos está relacionado, entonces, con tres elementos: poder localizar subjetivamente al entrevistado, realizar una evaluación clínica que sirva a la creación de un diagnóstico, y que, a consecuencia esto, se de la apertura a lo inconsciente y el deseo del sujeto de reconocerse en él.

La introducción en el tratamiento lleva a que el analizante cambie su actitud consciente frente a su padecer, que deje de lamentarse por este y comience a tener el valor de prestarle atención a sus fenómenos. Que deje de considerar sus síntomas como algo despreciable, y comience a pensarlos como una parte de sí mismo de la cual obtendrá algo valioso para su vida posterior y, así, pueda concederle tolerancia a su condición durante el tratamiento.

El tiempo del análisis implica la apertura entre el instante de ver, que es cuando alguien manifiesta sus síntomas y sufrimientos, el tiempo de comprender y el instante de concluir. El tratamiento psicoanalítico es ese tiempo de comprender, implica que alguien pueda tener una relación de sensibilidad con la verdad de su satisfacción y quiera conocerla, interpretarla y elaborarla.

Es cuando los Ensayos previos queden superados, con el planteamiento de un diagnóstico, la creación de la transferencia, la apertura del inconsciente y la decisión del paciente, que este tiempo de comprender, comenzará.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (2012a). "27 conferencia. La transferencia" en *Obras completas* Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- _____ (2012b). "Fragmento de análisis de un caso de histeria" en *Obras completas* Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu
- _____ (2012c). "Recordar, repetir, reelaborar. Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis II" en *Obras completas* Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu
- _____ (2013a). "La dinámica de la transferencia" en *Obras completas* Vol. 12 Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- _____ (2013b). "La iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis" en *Obras completas* Vol. 12. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- _____ (2013c). "Sobre psicoterapia" en *Obras completas* Vol. 7. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Sinatra, E. (2002). "*Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*". Buenos Aires: Grama